



Maria Fernanda Lago de Mello

**FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DO PRECEPTOR  
DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:  
APORTES HERMENÊUTICOS**

Passo Fundo

2024

Maria Fernanda Lago de Mello

FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DO PRECEPTOR  
DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:  
APORTES HERMENÊUTICOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, do Instituto de Humanidades, Ciências, Educação e Criatividade, da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação, sob a orientação do professor Dr. Marcelo José Doro e coorientação da professora Dra. Renata Maraschin.

Passo Fundo

2024

CIP – Catalogação na Publicação

---

M527f Mello, Maria Fernanda Lago de  
Formação pedagógica do preceptor da residência  
multiprofissional em saúde [recurso eletrônico] : aportes  
hermenêuticos / Maria Fernanda Lago de Mello. – 2024.  
840 KB ; PDF.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo José Doro.  
Coorientadora: Profª. Dra. Renata Maraschin.  
Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade  
de Passo Fundo, 2024.

1. Pessoal da área de saúde pública - Formação.  
2. Residentes (Medicina) - Formação. 3. Hermenêutica.  
4. Educação. I. Doro, Marcelo José, orientador.  
II. Maraschin, Renata, orientadora. III. Título.

CDU: 37

---

Catalogação: Bibliotecária Jucelei Rodrigues Domingues - CRB 10/1569

Maria Fernanda Lago de Mello

Formação pedagógica do preceptor  
da Residência Multiprofissional em Saúde:  
aportes hermenêuticos

A banca examinadora abaixo, APROVA em 02 de abril de 2024, a Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial de exigência para obtenção de grau de Mestre em Educação, na linha de pesquisa Fundamentos da Educação.

Dr. Marcelo José Doro – Orientador  
Universidade de Passo Fundo – UPF

Dra. Renata Maraschin – Coorientadora  
Universidade de Passo Fundo – UPF

Dr. Paulo Evaldo Fensterseifer – Examinador Externo  
Universidade Regional do Noroeste do Estado do RS – Unijuí

Dr. Angelo Vitório Cenci – Examinador Interno  
Universidade de Passo Fundo – UPF

## AGRADECIMENTOS

A alegria de agradecer traz a lembrança de momentos incríveis, difíceis e impensáveis pelos quais passei, compartilhei e que espero que em mim permaneçam. São nestes momentos que experencio a possibilidade de me manter acreditando em realidades e encontros, sempre, mais HUMANOS.

À minha família, agradeço minha origem e força: meu pai, Luiz Fernando; minha mãe, Anália; meus irmãos, Amanda, Júnior e Gustavo.

À irmã do coração e co-orientadora Prof. Dra. Renata Maraschin, agradeço minha determinação por cada novo desafio. Presença amiga que ensina, porque acredita, escuta, acolhe, incentiva, dá exemplo, desde nosso primeiro encontro na Fisioterapia em 2004.

Ao meu orientador Prof. Dr. Marcelo José Doro, agradeço todo o apoio intelectual aos meus anseios de pensar numa proposta de formar quem forma na saúde – o preceptor –, com uma postura mais autêntica e responsável nas relações humanas.

Às colegas e amigas do mestrado, agradeço os espaços de convivência, conversa, cumplicidade e troca, que proporcionaram mais leveza aos momentos difíceis.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo indispensável financiamento para realização desta pesquisa.

À Faculdade de Educação da Universidade de Passo Fundo, e especialmente ao Núcleo de Pesquisas em Filosofia e Educação (NUPEFE), agradeço a oportunidade de aprender com MESTRES, cujo os ensinamentos foram fundamentais, tanto no processo de investigação quanto no modo como hoje penso, sinto e acredito ser o cuidado de quem cuida, exatamente, porque educa.

Ao Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF) e especialmente à coordenadora do setor de Fisioterapia, Débora D'Agostini J. Lisboa, agradeço a atenção no sentido de me proporcionar condições, no cotidiano do cuidado em saúde, para que eu pudesse me dedicar em cada etapa desse percurso.

Aos Programas de Residência Multiprofissional e Residência Médica do HCPF, agradeço o estímulo propulsor que me direcionou ao campo da educação em busca de compreensões mais amplas sobre o humano nas relações educativas.

“Uma solidariedade ética e social só pode acontecer na comunhão de opiniões, que é tão comum que já não é nem minha nem tua opinião, mas uma interpretação comum do mundo.”

Hans-Georg Gadamer

## RESUMO

A presente dissertação visa compreender como a formação pedagógica de preceptores de residência multiprofissional em saúde pode ser potencializada pela compreensão e efetiva realização do diálogo em sentido hermenêutico, conforme tematizado por Hans-Georg Gadamer, em sintonia com a proposta da clínica ampliada e compartilhada. Tem-se, como objetivos específicos: 1) identificar o papel do preceptor de residência multiprofissional em saúde e as características profissionais e pedagógicas de sua atuação; 2) apresentar a hermenêutica gadameriana como princípio epistemológico, ético e pedagógico; 3) compreender a noção de diálogo como operacionalizador da hermenêutica enquanto princípio epistemológico, ético e pedagógico da postura formativa do preceptor do ensino em saúde em nível de residência multiprofissional e em sintonia com a proposta da clínica ampliada e compartilhada. A pergunta orientadora da pesquisa está assim formulada: como a formação pedagógica de preceptores de residência multiprofissional em saúde pode ser potencializada pela compreensão e efetiva realização do diálogo em sentido hermenêutico, em sintonia com a proposta da clínica ampliada e compartilhada? Trata-se de uma pesquisa de caráter bibliográfico, orientada pela postura hermenêutica e estruturada em três capítulos. O primeiro, aborda a formação de preceptores do ensino em saúde em termos de residência multiprofissional e visa identificar os modelos de saúde e educação norteadores da formação de profissionais da saúde na graduação e na residência multiprofissional. Busca-se identificar quais as características profissionais e pedagógicas da atuação do preceptor. Para tal, são analisados os documentos oficiais reguladores da formação profissional em saúde no âmbito da graduação e da residência multiprofissional, além da literatura específica sobre o tema. No segundo capítulo adentra-se na hermenêutica gadameriana, voltando-se para a compreensão desta perspectiva teórica como princípio epistemológico, ético e pedagógico. O terceiro capítulo traz a noção de diálogo em sentido hermenêutico como fundamento da postura formativa do preceptor para revelar: a) o diálogo na produção de saberes e a relação entre clínica ampliada, diálogo interdisciplinar e formação do preceptor; b) o diálogo nas relações éticas, assim como a relação entre clínica ampliada, ética do diálogo e formação do preceptor e, c), o diálogo na formação pedagógica e a relação entre diálogo formativo, *phronesis* e clínica ampliada. Os achados do terceiro capítulo revelam que assumir uma postura dialógica em sentido hermenêutico do ponto de vista do conhecimento significa reconhecer sua condição interdisciplinar, compartilhada e colaborativa. Em sentido ético, tal postura implica abertura, receptividade, humildade e reconhecimento da própria vulnerabilidade. Por fim, em sentido pedagógico, implica conceber o diálogo como espaço da palavra pronunciada e escutada na transformação subjetiva decorrente do encontro com a palavra do outro.

**Palavras-chave:** Residência multiprofissional. Preceptoria. Formação pedagógica. Diálogo hermenêutico. Clínica Ampliada e Compartilhada.

## ABSTRACT

This dissertation aims to understand how the pedagogical formation of preceptors of Multiprofessional Health Residency Program can be enhanced by understanding and effectively carrying out dialogue in a hermeneutic sense, as thematized by Hans-Georg Gadamer, in line with the proposal of an expanded and shared clinic. The specific objectives are: 1) to identify the role of preceptor of the Multiprofessional Health Residency Program and the professional and pedagogical characteristics of his performance; 2) to present Gadamerian hermeneutics as an epistemological, ethical and pedagogical principle; 3) to understand the notion of dialogue as an operationalizer of hermeneutics as an epistemological, ethical and pedagogical principle of the formative attitude of the health teaching preceptor at the Multiprofessional Health Residency level and in line with the proposal of the expanded and shared clinic. The research guiding question is formulated as follows: how can the pedagogical formation of preceptors of Multiprofessional Health Residency Program can be enhanced by understanding and effectively carrying out of the dialogue in a hermeneutic sense, in line with the proposal of an expanded and shared clinic? This is a bibliographical research, guided by a hermeneutic stance and structured in three chapters. The first addresses the formation of health teaching preceptors in terms of Multiprofessional Health Residency Program and aims to identify the health and education models that guide the training of health professionals in undergraduate and Multiprofessional Health Residency. The aim is to identify the professional and pedagogical characteristics of the preceptor's performance. To this end, the official documents regulating professional training in health within the scope of graduation and Multiprofessional Health Residency are analyzed, in addition to specific literature on the topic. The second chapter delves into Gadamerian hermeneutics, turning to the understanding of this theoretical perspective as an epistemological, ethical and pedagogical principle. The third chapter brings the notion of dialogue in a hermeneutic sense as the foundation of the preceptor's formative attitude to reveal: a) the dialogue in the production of knowledge and the relationship between expanded clinical practice, interdisciplinary dialogue and preceptor training; b) the dialogue in ethical relationships, as well as the relationship between expanded clinic, dialogue ethics and preceptor formation and, c) the dialogue in pedagogical formation and the relationship between formative dialogue, *phronesis* and expanded clinic. The findings of the third chapter reveal that assuming a dialogical attitude in a hermeneutic sense from the point of view of knowledge means recognizing its interdisciplinary, shared and collaborative condition. In an ethical sense, such an attitude implies openness, receptivity, humility and recognition of one's own vulnerability. Finally, in a pedagogical sense, it implies conceiving dialogue as a space for the spoken and heard word in the subjective transformation resulting from the encounter with the other's word.

**Keywords:** Multiprofessional Health Residency Program. Preceptorship. Pedagogical formation. Hermeneutic dialogue. Expanded and Shared Clinic.



## **LISTA DE SIGLAS**

BID: Banco Interamericano de Desenvolvimento

CAC: Clínica Ampliada e Compartilhada

CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior

CES: Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação

CNE: Conselho Nacional de Educação

CNRM: Comissão Nacional de Residência Médica

CNRMS: Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

COREMU: Comissão de Residência Multiprofissional

DCNs: Diretrizes Curriculares Nacionais

DGPSUS: Desenvolvimento da Gestão de Programas de Residência e da Preceptoría no SUS

IEP/HSL: Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês

INEP: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira

MEC: Ministério da Educação

MS: Ministério da Saúde

NDAE: Núcleo Docente-Assistencial Estruturante

PNH: Política Nacional de Humanização

PROADI-SUS: Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS

PRÓ-SAUDE: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PRM: Preceptoría de Residência Médica

PSF: Programa de Saúde da Família

PSUS: Preceptoría no SUS

ReforSUS: Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde

RMS: Residência Multiprofissional em Saúde

SESu: Secretaria de Educação Superior

SGTES: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SINAES: Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

SUS: Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>2</b>	<b>FORMAÇÃO DE PRECEPTORES DO ENSINO EM SAÚDE EM NÍVEL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL .....</b>	<b>22</b>
2.1	Panorama geral da residência multiprofissional no Braisl: paradigma da saúde e da educação.....	23
2.2	Formação de profissionais da saúde em nível de graduação: paradigma da saúde e da educação.....	31
2.3	Formação de profissionais da saúde em nível de residência multiprofissional: paradigma da saúde e da educação.....	42
2.4	Características profissionais e pedagógicas da atuação do preceptor na modalidade ensino-serviço de formação .....	46
<b>3</b>	<b>HERMENÊUTICA GADAMERIANA COMO PRINCÍPIO EPISTEMOLÓGICO, ÉTICO E PEDAGÓGICO .....</b>	<b>56</b>
3.1	A hermenêutica filosófica gadameriana: concepções introdutórias .....	56
3.1.1	<i>Da mitologia grega à filosofia hermenêutica de Heidegger.....</i>	<i>58</i>
3.1.2	<i>A crítica ao cientificismo .....</i>	<i>61</i>
3.2	Hermenêutica como princípio epistemológico .....	63
3.3	Hermenêutica como princípio ético.....	69
3.4	Hermenêutica como princípio pedagógico/formativo .....	73
<b>4</b>	<b>DIÁLOGO COMO FUNDAMENTO DA POSTURA FORMATIVA DO PRECEPTOR .....</b>	<b>79</b>
4.1	Diálogo em sentido hermenêutico.....	79
4.2	O diálogo na produção de saberes.....	86
4.2.1	<i>Clínica ampliada, diálogo interdisciplinar e formação do preceptor.....</i>	<i>89</i>
4.3	O diálogo nas relações éticas.....	94
4.3.1	<i>Clínica ampliada, ética do diálogo e formação do preceptor.....</i>	<i>97</i>
4.4	O diálogo na formação pedagógica.....	101
4.4.1	<i>Diálogo formativo, phronesis e clínica ampliada.....</i>	<i>103</i>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>111</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>118</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse pela investigação a respeito da formação pedagógica do preceptor do ensino em saúde em nível de residência multiprofissional, tema desta dissertação, tem origem em minha experiência de dezoito anos atuando como profissional da saúde e dez anos como preceptora desta modalidade de formação, especialmente voltada ao cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Este tema me inquieta em razão de que, regida por uma noção de cuidado que requer muito de educar (MOHR, 2011), ao considerar uma formação ampliada em saúde como premissa a quem cuida, primeiro, exigiria uma forma diferente de “ser” profissional, e segundo, a educação para essa modalidade de formação parece exigir também, uma maneira diferente de formar.

Para vislumbrar possibilidades tanto no modo como se prepara o profissional para o exercício do ensino em saúde no contexto social contemporâneo, quanto para que se tenha tempo e energia para lançar luz sobre a relação humana entre os sujeitos envolvidos, início narrando uma história vivenciada no ensino em saúde na atenção terciária – hospital. No momento em que revivo uma história como esta, que a partir da minha experiência, infelizmente, é comum no ambiente hospitalar e que tanto se repetiu anteriormente em meus dezoito anos de atuação no campo da saúde, é preciso vislumbrar possibilidades e perspectivas para melhorar tanto o curso dessa história quanto seus desfechos – os presenciados e os que permaneceram ocultos.

A história tem início numa segunda-feira, no começo de mais uma jornada exaustiva. E para mim, parecia ser mais um dia intenso em meio ao caos da emergência lotada no hospital em que trabalho. Mais um dia de inquietude pelo que aconteceria naquela unidade, considerando, além da proximidade que o ato de cuidar proporciona com as mais diferentes representações da vulnerabilidade da condição humana, principalmente numa emergência pública e lotada, também as contingências dos processos de trabalho. Vulnerabilidades também manifestadas na expressão, no silêncio e na linguagem da dor e do sofrimento – muitas vezes despercebida aos olhos da técnica e da ciência – diante da esperança da cura ou da real e iminente possibilidade da morte. E mais um dia de contingências também, pois quem já participou de alguma forma – seja como profissional, paciente, familiar ou acompanhante – de uma rotina de trabalho em unidades de saúde percebe que os profissionais se mostram de modo frequente, apressados.

Além do movimento apressado de profissionais, também visualizo acontecendo condutas desde o mais alto grau de humanidade para aquele espaço até os mais sutis desrespeitos, que de tênues nada têm, olhares apreensivos para o acontecimento ao lado, pois centímetros nos separam uns dos outros. A emergência estava com a lotação máxima, um descontentamento e outro com a demora do atendimento, resistência de pacientes que outrora aceitavam orientações sem contestar, outros tentando concentrar toda a força no que poderia manter-lhes vivos – a respiração.

Adentrando a sala amarela – local onde permanecem os pacientes em risco iminente de instabilidade clínica – tudo pareceu normal na rotina do caos de uma emergência. Foi nesse dia e contexto que a história aconteceu. Em meio ao grande fluxo de pessoas e acontecimentos, o conhecimento construído em anos de experiência profissional direcionou meu olhar até a Sra. R. Ainda longe do leito, perguntei para a residente fisioterapeuta em formação na unidade de emergência o que havia acontecido com a Sra. R., que estava respirando de forma ofegante na maca à frente e que há apenas dois dias ainda conseguia se alimentar, falar algumas palavras, contestar um procedimento ou a forma de ser tocada, e de algum modo, mostrar sua incomodação. A residente prontamente respondeu que logo ao chegar na sala amarela, percebeu que a Sra. R. pouco respondia a qualquer estímulo externo e pela piora da condição respiratória que a dificultava manter a respiração sozinha, optou pelas medidas clínicas que pareciam as mais adequadas à gravidade dos sinais apresentados, entre elas um suporte ventilatório.

Nesta ocasião, em pleno trabalho assistencial e exercício da preceptoria, fui solicitada a um movimento reflexivo sobre a minha própria formação. Movimento permeado pela dúvida do ensino formativo promovido diante da angústia, genuinamente vivaz, de uma residente médica de primeiro ano em torno da dimensão da morte e das possibilidades e limites do conhecimento especializado. Não somente no sentido de oferecer a cura ou de amenizar a dor do sofrimento, mas, também e principalmente, diante do debate anunciado que não se fez sobre as questões humanas que envolvem a terminalidade. E por que não se fez? Adianto que ao longo dessa história a pergunta pelo que não se fez foi decisiva para ecoar em mim a imensidão ainda represada sobre o que constitui o meu ‘ser’ profissional.

Ao me aproximar do leito, meu olho técnico e certo já detectava que as medidas instituídas pela residente fisioterapeuta, mesmo diante das consistentes evidências científicas que as justificavam, não estavam sendo efetivas no sentido de auxiliar a Sra. R. a manter com autonomia a sua respiração, uma das funções do corpo que nos mantém vivos. Após constatar que a Sra. R. não havia respondido à medida terapêutica, sigo com o fluxo natural dos processos de trabalho da unidade e solicito a avaliação do caso pela equipe médica.

Imediatamente, a residente médica de primeiro ano chega ao leito para realizar a avaliação. Confesso que são tantos os profissionais que passam por esta unidade, que não lembrava fisicamente da residente B., apesar de já conhecê-la pelo seu tom de voz alto, alvoroçado, turbulento e gritante. Sabe aquela nota barulhenta ao ouvido? Aquele acento que permanecemos na dúvida se nos irrita ou nos absorve? Aquele tom de voz que perturba nosso silêncio e que logo nos vem em mente mandar calar? Sim, mandar calar. Confesso que tive essa vontade, porque ao que tudo indicava, ninguém ali parecia ter qualquer déficit auditivo. Menos ainda eu estava no clima e com vontade de presenciar certos exibicionismos, ainda mais de um residente médico. Ou seja, uma tonalidade longamente afastada da nuance calma, lenta, paciente, sossegada e demasiadamente pacífica da minha voz. Afinal, como preceptora e, portanto, profissional mais experiente, preciso tanto de competência para ensinar com maestria ‘como se faz’, quanto da habilidade em dizer e demonstrar ao residente como ele deve se portar no ambiente de trabalho na emergência. Tal precisão parece justificar a necessidade de um generoso autodomínio, equilíbrio e comedimento, sob a pena de perder totalmente o controle da situação.

Até este momento da história, acreditava ser considerável meu interesse em torno de questões relacionadas aos limites e possibilidades do saber técnico-científico. Interesse também oriundo da crítica que eu já havia elaborado frente à formação construída numa prática que privilegia o domínio de conhecimentos de elevado grau de certeza para validar ou refutar um tratamento, ainda que na prática cotidiana de relações, de enfrentamentos clínicos e processos políticos institucionais não raramente existe alto grau de concordância e certeza. Entretanto, foi com essa premissa que marquei o início da discussão sobre o caso. Comecei a conversar com a residente B., expondo que já tínhamos realizado o cuidado necessário. Havíamos disponibilizado o melhor equipamento e adaptado a conduta mais adequada, mas que, infelizmente, a Sra. R. não estava respondendo bem à terapia.

Ainda à beira do leito, iniciamos a exposição do caso com o objetivo de encontrar as possíveis razões que poderiam causar essa descompensação clínica na Sra. R. Logo considerei perguntar sobre uma possível alteração cardíaca decorrente das suas comorbidades prévias ou, talvez, um novo quadro infeccioso. A residente B. respondeu ser pouco provável, pois os exames laboratoriais vieram sem alteração. No entanto, algo acontecia e pelo menos uma razão plausível seria preciso encontrar para justificar aquele quadro.

Ainda sem a certeza do que gerou o agravamento clínico da Sra. R., medidas foram rapidamente instituídas pela residente médica. Mesmo respondendo com um sorriso entreaberto e momentâneo à entonação barulhenta e vigorosa da residente B., a Sra. R. permanecia num

quadro oscilante entre uma fala muito debilitada e um silêncio aflitivo, agora acompanhado de pausas respiratórias, a cada momento mais prolongadas. Em poucos minutos a Sra. R. deixaria de responder e de respirar, o que poderia definir uma alta probabilidade de morte, caso algo mais invasivo não fosse realizado: a intubação oro-traqueal.

Preceptores, residentes médicos, fisioterapeutas, enfermeiros permaneciam a postos e munidos de seus materiais e conhecimentos técnicos na espera da posição da família para prosseguir com a intubação. Naquele momento, um médico residente levantou a questão de que a idade somada à condição clínica desfavorável da Sra. R. poderiam ser fatores de insucesso para a terapêutica, devendo ser considerado o investimento em procedimentos mais invasivos que prolongassem momentaneamente a vida.

Até esse momento da história, a rotina transcorria dentro da ordem de como as coisas podem acontecer numa unidade de emergência, não fosse a angústia declarada da residente B., vindo na minha direção. A impotência em driblar a morte, pois nenhuma tentativa de estabilização do quadro foi efetiva e os dilemas éticos que envolvem a difícil decisão de prolongar ou não a vida – intubar ou não? – expressavam com clareza a angústia da residente. Essa angústia foi instituída no período entre a incerteza do conhecimento quanto à posição dos familiares na direção de uma possível limitação terapêutica no caso da Sra. R., que já não conseguia responder pelas coisas que a incomodavam e pelos desejos e vontades que ainda tinha.

Em anos de preceptoria na residência multiprofissional, esta foi a primeira experiência diante da condição de angústia e incerteza tão ressoante de um residente médico, suscitando da minha formação – também pedagógica –, um direcionamento. Angústia não somente sobre o que fazer diante de uma doença, mas sobre o que fazer com quem está morrendo, sobre todos os dilemas éticos, morais, políticos e sociais que envolvem tomar uma decisão diante da vida ou da morte. Isso ficou evidente no instante em que a residente B., ainda mais alvoroçada, turbulenta e gritante, questionou: “Por que essas questões são tratadas como secundárias na nossa formação? Por que discutir sobre as impotências da técnica parece nos fazer mais frágeis?” Referiu ainda, muitas vezes ver e buscar na família o espaço de acolhimento dos medos, das incertezas e das angústias, espaço este aparentemente pouco aberto na preceptoria enquanto referência de ensino. Isso me levou a pensar sobre as razões pelas quais se conversa de forma burocrática sobre as questões humanas, na mesma intensidade em que se discute pela melhor evidência científica, pela tecnologia mais sofisticada ou pelo modo mais ágil e eficiente de diagnosticar ou tratar, por exemplo.

A angústia declarada da residente B. não somente veio na minha direção, como me atingiu; senti o meu eu narcisista sendo golpeado de modo certo e precisamente provocativo. A essa altura, já estava me perguntando: “quem sou eu? por que estou aqui? por que eu faço o que faço?”. E, invadida por um desconforto, senti estar sem saída e, ainda menos, sem desculpas para não ouvir o barulho e a turbulência provocados por ela. Até porque, muito do que constituía sua angústia já me era um tema caro desde o início da minha trajetória acadêmica e profissional, justificada à luz das reflexões sobre como as condutas técnicas deveriam ser interpostas por questões subjetivas, enquanto elementares para a tomada de decisão no cuidado.

Mesmo me dispondo a ouvir a residente – o que considero um primeiro passo –, o desconforto em mim ganhou ainda mais amplitude no instante em que perguntei a ela se este tipo de discussão não se fazia presente com sua preceptoria direta, ou seja, com o médico preceptor. Pois, afinal de contas, o protagonismo assumido pelo profissional médico ainda se faz forte nas práticas em saúde e, por isso, caberia a conversa pelo discernir de uma decisão coerente diante do caso, ocorrer primeiramente, com seu preceptor médico. Ainda que ouvindo a residente, o meu desconforto já ganhava tom de decepção ao passo em que comecei a questionar em voz baixa, para mim mesma: “o conhecimento adquirido na experiência de anos no hospital e as qualificações realizadas para o exercício da preceptoria, por exemplo, me autoriza apenas transferir ao preceptor médico uma responsabilidade que também é minha em essência? É somente isso que posso e consigo fazer?”.

Se por um lado me sensibilizei com a humildade e desprendimento da residente B., ressonantes com características que julgo imprescindíveis para um cuidado ético e humano, de outro, minha decepção se fazia declarada ao perceber uma presunção que imaginava não existir em mim e que, ferozmente, repudio no outro. Esse sentimento surgiu no instante em que a obra *A morte é um dia que vale a pena viver: um excelente motivo para se buscar um novo olhar para a vida* (2019), escrita por Ana Cláudia Quintana Arantes, me é (re)apresentada pela residente médica como possível caminho reflexivo para as problemáticas que envolvem a vida e a morte. Meu ego se feriu ainda mais, pois a residente me apresentou uma referência que eu já conhecia e que eu, na condição de preceptora deveria ter apresentado para ela.

Imediatamente respondi: “Sim! A Ana! A Cláudia Quintana! Certamente lembro dela!”. Pois, afinal de contas, estando em meio a um grupo de residentes e estagiários, não poderia deixar de dizer algo sobre a Ana Cláudia Quintana Arantes, pelo simples fato de ser considerada uma das referências no campo da saúde no cenário brasileiro quando se fala em cuidado e finitude da vida. Mesmo desconcertada diante da maneira tão mais organizada da residente B.

em lidar com a situação do que a minha enquanto preceptora, eu sentia que não poderia ficar aquém na situação.

Precisava discorrer com propriedade sobre a Ana Cláudia e suas compreensões sobre as lições que a arte de também saber perder nos proporciona, quando refletida sob a ótica de sermos finitos. Sem saber como acolher a angústia da residente B., como preceptora eu precisava fazer algo, falar alguma coisa. Na realidade me senti não somente na obrigação de falar, como falar de maneira coerente, consistente, e que fosse convincente, em alguma medida, para a platéia de residentes médicos, multiprofissionais e estagiários de graduação que ali estavam.

Passados poucos minutos, a residente B. retornou para a sala amarela - ainda mais apressada - pois quando menos esperávamos, bombeiros e SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) entravam porta adentro com um novo paciente, para desespero da equipe. Principalmente, quando chegavam sem aviso prévio. A residente B, vindo direto na minha direção, revelando que além de não deixar para depois a urgência do problema e indicar um possível caminho reflexivo para as questões que a angustiava, também estava interessada em saber sobre a possibilidade de espaços para conversa na rotina apressada da emergência. Um espaço em que profissionais tivessem a possibilidade de conversar e colocar suas opiniões num contexto mais favorável a uma reflexão mais demorada. Esta atitude da residente feriu ainda mais meu ego já ferido, pois ela sugeriu uma estratégia pedagógica a ser implantada no ambiente de trabalho em que eu sou a preceptora.

Diante disso, ainda senti a necessidade/obrigação de me perguntar: “que problema poderia existir em ter partido da residente e não de mim, enquanto preceptora, tanto a ideia da referência de leitura quanto a proposta de espaços que privilegiam tais discussões?”. Em resposta à minha angústia e à minha nuance narcisista – arrogante e orgulhosa – sendo descortinada, não teria a menor relevância não fosse o descontentamento comigo mesma diante dos movimentos tão mais pedagógicos e organizados da residente B. de se posicionar na situação, no momento em que ela acontecia, do que o meu exercício como preceptora ofereceu considerando todo o meu repertório teórico/prático construído nestes anos.

E para complexificar ainda mais meu desconcerto, pensei: “mesmo no caos de uma emergência lotada e apressada – onde o agir com objetividade se faz regra – e ainda, sem generalizar, mesmo em meio a frágeis e (des)humanos modos de acolhimento dos medos e incertezas, a residente B. buscou não sucumbir à pressão e aos embrutecimentos de uma unidade de trabalho apressada em muito pela lógica da produtividade e imediatismo a ela solicitada, acabando por limitar de modo nefasto o contato mais vagaroso e autêntico nas relações”.



Essas memórias autobiográficas abrigam em seu âmago o desafio que tive ao exercitar o (re)visitar desta experiência, que em torno do tema da morte fez emergir algumas das possíveis expressões da versão que me habita. Além disso, exigiu de mim o esforço de escrever essas manifestações, inclusive as que permaneceram ocultas na minha compreensão do momento experienciado, em confronto com os modos de cuidado que se estabeleceram entre preceptora e residentes. Exercício este, justificado pelo reconhecimento da minha vulnerabilidade na manutenção de relações de alteridade e diálogo, como um dos mais enraizados desafios no trabalho em saúde, profundamente centralizado pela importância do aprendizado técnico-científico-biológico.

No exercício de (re)visitar essa experiência, o primeiro desafio foi a busca pelo (re)encontro na memória, não somente com a profissional fisioterapeuta, mas também com a preceptora de um hospital escola, e também com a mestrande de um programa de pós-graduação *Stricto Sensu* em educação. E, nessa busca, vislumbrar através da escuta de cada uma delas – num movimento inicial e inconcluso de construção do conhecimento e de compreensão – possibilidades mais congruentes e éticas de colocar em prática o que já foi aprendido como a imensidão do que ainda é preciso aprender sobre a condição humana no processo pedagógico.

Ainda, muito longe estaria a pretensão de definir, por exemplo, a existência do “ser” humano pela profissão que se exerce ou em dar como identificada a magnitude do problema da saúde, desde a perspectiva histórica, política, econômica, social ou educacional dos modos de fazer ou ensinar o cuidado. Trata-se, antes, de contemplar esse rememorar enquanto propulsor da crítica em torno do que me provoca, do que perturba minhas crenças e desestrutura minhas verdades, quando o que está sendo posto em questão coloca em discussão o ponto de vista de como penso a condução da saúde desde um modo ampliado. Sobretudo, quando articulado pelo entendimento de como compreendo e trato com o humano diante de como se apresentam os modos de cuidado em saúde. E, ainda, ao colocar em interlocução um modo de produzir cuidado atravessado pela vital preparação daqueles que cuidam, suscito o questionamento pela epistemologia e pela ética na formação dos que os preparam.

Nisso, a concepção do ato de cuidar desde uma perspectiva mais ampliada, tem suas origens em elaborações e reflexões, principalmente, a partir da trajetória que percorri desde o ensino médio no curso de Magistério, até minha atuação como preceptora em programas de residências multiprofissionais. Notáveis experiências vividas no magistério no processo de ensino, principalmente nos estágios curriculares, aconteceram com um grupo de alunos vindos de contextos sócio, econômico e cultural extremamente desestruturados e vulneráveis, sem ou com frágil apoio familiar. O “Lar da Criança” que ficava perto da escola em que atuei como

docente, constituía o ambiente familiar de alguns alunos, que acabavam vindo na figura das cuidadoras da casa, na diretora, nos colegas e na professora da escola, a representação de um possível espaço de cuidado. Neste momento da minha trajetória profissional germinaram as ideias iniciais sobre o papel das relações humanas no processo de ensino.

Durante a graduação em Fisioterapia, houve um predomínio de uma concepção de saúde e de ser humano do ponto de vista biológico, de cura e tratamento com ênfase em uma intervenção fundamentada com atenção à doença, desconsiderando em grande medida as demais dimensões (social, cultural, econômica, psicológica) que compreendem o ser humano. Na minha experiência profissional, embora reconheça a importância dessa concepção biomédica, mecanicista, fragmentada e centrada na doença, percebi não ser ela suficiente para compreender o ser humano em seu processo de saúde doença, recorrendo aos meus conhecimentos pedagógicos para poder prestar um cuidado em saúde mais integral.

Assim, sentindo a necessidade de complementar minha formação com vistas à uma percepção mais ampliada de cuidado, fui em busca de conhecimentos em diversas áreas do saber, realizando especialização *Lato Sensu* em Fisioterapia Hospitalar e também participando de atividades vinculadas ao curso de graduação em Pedagogia, em grupos de estudo vinculados à Pós-graduação *Stricto Sensu* em Educação (Mestrado e Doutorado) e Fóruns do Pró Saúde<sup>1</sup>. Buscando associar teoria e prática, ao ampliar minha concepção sobre o processo saúde-doença, compreendi a necessidade de reconhecer a atuação conjunta dos demais profissionais da saúde e a primordialidade de articular ações na direção do cuidado integral, em uma perspectiva multiprofissional. No decorrer desse processo de ampliação de entendimento da saúde, o contato com os conhecimentos no curso de Pedagogia, me levaram à uma compreensão de ser humano em suas diferentes dimensões. E todas elas, tendo desdobramentos no processo de saúde-doença, na formação e no modo de produzir o cuidado.

Em alguma medida, a angústia da residente B. me angustiou. E não sabendo ao certo como acolher nenhuma das angústias – nem a dela e, muito menos, a minha –, agi no sentido de tentar eliminar esse sentimento que permeava nossa conversa naquela ocasião. Como a sensação de inquietude incomoda, desestabiliza, meu primeiro movimento foi dissipar “nossas

---

<sup>1</sup> O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) foi elaborado pelo Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação (MEC). Lançado em 03 de novembro de 2005, com a assinatura de uma Portaria Interministerial (nº 2.101) do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, tem o objetivo de promover “a integração ensino-serviço, [...] assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população (BRASIL, 2009, p. 13).

angústias” oferecendo apenas o meu sentido e significado à situação. Todavia, percebi durante esse (re)visitar que, se de um lado minha disposição para ouvir as nossas angústias foi acionada pelo sentido e significado que eu atribuo ao cuidado diante da terminalidade – que envolve o olhar para um corpo constituído de história, de subjetividades e (des)humanidades –, de outro tal posicionamento desconsiderou em grande medida condições mais autênticas para o exercício de elaboração, não somente de novos sentidos, mas de outras formas mais éticas de tratar com as questões subjetivas e humanas.

Por exemplo, essas temáticas estiveram em discussão, mas sob a ótica das metodologias ativas na proposta de âmbito nacional de qualificação em Preceptoria no SUS (PSUS) e Preceptoria de Residência Médica (PRM) em que participei em 2017. Especialização inclusa nos Projetos de Apoio ao SUS<sup>2</sup>, organizados pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês – IEP/HSL<sup>3</sup> em parceria com o Ministério da Saúde (MS), enquanto iniciativa para aproximar factualmente a formação dos profissionais da saúde às necessidades do SUS. Nessas discussões, questões como a humanização na assistência, Clínica Ampliada e Compartilhada (CAC) e o exercício da comunicação multiprofissional perpassadas pela atuação da preceptoria na formação ampliada do residente, estiveram em voga como elementos basilares do cuidado produzido na saúde, uma vez que o SUS propondo partir de um horizonte complexo do ser humano, estabelece a partir dele seus princípios de integralidade, universalidade e equidade (BRASIL, 2006). A humanização da assistência bem como o exercício multiprofissional e a clínica ampliada e compartilhada integram a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2013). Destas noções, a CAC tem especial relevância para o debate sobre a formação e a atuação de profissionais da saúde, pois constitui-se como “uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença”, permitindo “o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia” (BRASIL, 2013, p.10).

---

<sup>2</sup> Esses projetos são realizados por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI-SUS, que se constitui em uma ferramenta de política pública de saúde financiada com recursos de imunidade fiscal concedida para hospitais filantrópicos com excelência reconhecida pelo MS (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2021).

<sup>3</sup> O HSL, instituição precursora no PROADI-SUS, é uma instituição filantrópica, fundada em 1921, com o propósito de oferecer uma assistência médico-hospitalar de excelência, com um olhar humanizado e individualizado. Estando em busca de constante evolução e contribuição para uma sociedade mais justa e fraterna, o hospital desenvolve atividades de ensino e pesquisa, integradas ao trabalho e compromisso social. Promove ainda, estudos, desenvolve projetos para o MS e contribui para a disseminação de conhecimentos e boas práticas de saúde em âmbito nacional, por meio do PROADI-SUS. Este programa foi desenvolvido para colaborar com o fortalecimento do SUS e promover a melhoria das condições de saúde da população (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2021).

Entretanto, na minha experiência profissional, ainda percebo dificuldades singulares e coletivas expressivas de integrar estas concepções à prática cotidiana, tanto assistencial como quando pensada e articulada nas ações pedagógicas de ensino. Percebo haver uma linha muito tênue perpassando a satisfação pessoal do profissional e as nuances de subjetividade que permeiam a decisão acerca da terminalidade. Ou seja, a decisão por medidas que resolvam momentaneamente o quadro clínico grave do paciente, inclusive para justificar insuficiências da técnica e da sua própria formação que pouco admite erros, a decisão por prolongar ou não o sofrimento da pessoa, ou a sensibilidade de compreender os desejos e as necessidades de quem está morrendo.

A história narrada de minha experiência como preceptora com a residente B., colocada sob a ótica dos documentos oficiais que regem a organização das residências multiprofissionais em saúde no Brasil, me instiga a querer compreender a formação pedagógica do preceptor e como esta poderia ser pensada e qualificada tendo como base a postura hermenêutica dialógica. A experiência com a residente B. foi singular e central para que eu pudesse pensar a minha formação pedagógica como preceptora, principalmente, por duas razões: 1) por essa formação constituir-se em tema urgente na área da saúde em âmbito nacional (RIBEIRO, 2011; HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2021), e 2) por ser o preceptor considerado o profissional da saúde com a função de *orientador* de referência para o profissional residente no desempenho das atividades práticas na residência multiprofissional (BRASIL, 2012; 2022).

A urgência do tema da formação do preceptor do ensino em saúde se faz presente no curso de Especialização em Preceptor para o SUS, organizado pelo IEP/HSL em parceria com o Ministério da Saúde por meio do Desenvolvimento da Gestão de Programas de Residência e da Preceptor no SUS (DGPSUS), edição 2021-2023 (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2021). Dentre os macroproblemas apresentados pelo DGPSUS relacionados à educação na saúde para preceptores, destaca-se o “modelo hegemônico de educação centrado na formação tecnicista e conteudista”. Este modelo de educação coloca em discussão a fragilidade existente na formação pedagógica do preceptor para proporcionar o alcance do perfil profissional comprometido com uma atenção integral, interdisciplinar e humanista na saúde, esperado para o residente, quando considerado no processo de formação:

a utilização de métodos tradicionais de ensino-aprendizagem baseados na transmissão de informações e voltados à memorização do conhecimento que dificultam o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo; a incipiente utilização de tecnologias educacionais inovadoras que potencializam a aprendizagem; a dificuldade na utilização da avaliação critério-referenciada como parte do processo de aprendizagem; comprometimento da transformação das práticas de formação e qualidade da atenção em saúde (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2021, p. 59).

A formação profissional em saúde, ao buscar contemplar uma concepção de saúde também sob a perspectiva humanista, ética e solidária (BRASIL, 2014a; MARASCHIN, 2017), passou a despertar um amplo interesse por discussões acerca de metodologias de ensino aprendizagem que promovam o desenvolvimento de competências e habilidades mais amplas, dentre elas, o raciocínio crítico em favor de um compromisso social ético. Nessas discussões, um modelo de ensino voltado para a integralidade da assistência e a interdisciplinaridade que faça frente ao modelo tradicional – conteudista, fragmentado, passivo –, se faz tema central. As metodologias ativas, nesse novo modelo de ensino, propõem fortalecer o saber do aluno tornando-o responsável pela construção do conhecimento, junto com o professor que faz o papel de facilitador no processo horizontal da aprendizagem (SANTOS *et al.*, 2019).

Assim, torna-se fundamental apresentar a pergunta que orienta a investigação: Como a formação pedagógica de preceptores de residência multiprofissional em saúde pode ser potencializada pela compreensão e efetiva realização do diálogo em sentido hermenêutico em sintonia com a proposta da clínica ampliada e compartilhada? Uma possível hipótese é que o diálogo em sentido hermenêutico pode indicar um caminho formativo da ação pedagógica e uma postura epistemológica e ética que pode revelar formas mais autênticas e responsáveis nas relações humanas.

Neste sentido, a presente dissertação tem como objetivo geral compreender como a formação pedagógica de preceptores de residência multiprofissional em saúde pode ser potencializada pela compreensão e efetiva realização do diálogo em sentido hermenêutico, como proposto por Hans-Georg Gadamer. Para tanto, tem como objetivos específicos: 1) identificar o papel e a função do preceptor nesta modalidade ensino-serviço de formação e as características profissionais e pedagógicas da atuação do preceptor no ensino em saúde nesta modalidade; 2) apresentar a hermenêutica gadameriana como princípio epistemológico, ético e pedagógico; 3) compreender o diálogo como expressão da hermenêutica enquanto princípio epistemológico, ético e pedagógico da postura formativa do preceptor do ensino em saúde em nível de residência multiprofissional, alinhado à proposta da clínica ampliada e compartilhada.

Para desenvolver essa investigação, proponho como recurso metodológico, realizar um estudo bibliográfico orientado pela postura hermenêutica com as obras de Hans-Georg

Gadamer (1900-2002), filósofo alemão do século XX, considerado idealizador expoente da hermenêutica filosófica. Pensando em encontrar formas de dialogar com os documentos que revelam os modelos de saúde e de educação vigentes que orientam a formação e a qualificação do exercício da preceptoria, pretendo ancorar as reflexões e as compreensões elaboradas durante o processo investigativo na perspectiva hermenêutica do diálogo proposta pelo referido autor. Dentre as obras de Gadamer, procurei me apoiar principalmente em *Verdade e Método I* (2014) e *Verdade e Método II* (2009) que contemplam a tese da hermenêutica como uma postura filosófica e *O caráter oculto da saúde* (2006), que integra um conjunto de ensaios nos quais o filósofo desenvolve marcantes contribuições para o campo de produção do conhecimento e de pesquisas nas ciências da saúde. Seus aportes consistem numa crítica aos padrões estritamente biomédicos e técnico-científico de pensar e tratar com a saúde e o ser humano.

A escolha pela perspectiva hermenêutica gadameriana como ancoragem teórica desta dissertação justifica-se na medida em que esta tem entre seus princípios “[...] tomar o texto como oferta de possibilidade de sentidos, isto é, como algo que nos provoca por vir ao nosso encontro” (FLICKINGER, 2010, p. 35). Nesse sentido, Flickinger (2010, p. 35) diz que a “[...] relação inverte-se: em vez de definir a relação ao texto, vemo-nos por ele instigados a reagir ao seu desafio”. Na hermenêutica gadameriana, o texto é compreendido como instrumento de pesquisa, pressupondo o estabelecimento da relação entre este e o leitor. O texto oferece desse modo, um potencial de sentido do qual o intérprete poderá também extrair sentidos implícitos, e isso quer dizer que, originado da relação entre o leitor e o texto, o sentido resultante desta interação é provisório, condicionado à história e à linguagem de quem o produziu (GADAMER, 2010). Portanto, da relação entre leitor e texto, surge um conteúdo, um conhecimento com pretensão de verdade, embora de caráter provisório e nunca absoluto. E considerando o desafio inerente ao processo de interpretação, o qual reside na capacidade de se elaborar perguntas adequadas ao texto, Flickinger (2010, p. 36) afirma que “é o próprio texto que nos leva a colocar-lhe perguntas adequadas, que conseguem abri-lo à nossa compreensão. Por isso mesmo, a pergunta adequada é mais importante e difícil do que a resposta certa”.

A dissertação está estruturada em três capítulos. O primeiro capítulo aborda a formação de preceptores do ensino em saúde em nível de residência multiprofissional e tem como objetivo identificar os modelos de saúde e educacionais norteadores da formação de profissionais da saúde na graduação e na residência multiprofissional, enquanto modalidade ensino-serviço de formação. Nessa abordagem busca-se identificar como o papel e a função do preceptor está sendo pensada e quais são as características profissionais e pedagógicas da atuação do preceptor no ensino em saúde nesta modalidade ensino-serviço de formação. Para tanto, foram analisados

os documentos oficiais reguladores da formação profissional em saúde em nível de graduação e de residência multiprofissional, além da literatura específica sobre o tema. O segundo capítulo apresenta a hermenêutica gadameriana, tendo como objetivo compreender esta perspectiva teórica como princípio epistemológico, ético e pedagógico, estabelecendo os pressupostos para uma apreensão renovada tanto da saúde quanto da formação. O terceiro capítulo traz a noção de diálogo em sentido hermenêutico como fundamento da postura formativa do preceptor, tendo como objetivo revelar a) o diálogo na produção de saberes e a relação entre clínica ampliada, diálogo interdisciplinar e formação do preceptor; b) o diálogo nas relações éticas e a relação entre a clínica ampliada, ética do diálogo e formação do preceptor e c) o diálogo na formação pedagógica e a relação entre diálogo formativo, phronesis e clínica ampliada.

## **2 FORMAÇÃO DE PRECEPTORES DO ENSINO EM SAÚDE EM NÍVEL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**

Este capítulo tem como objetivo compreender quais são os modelos de saúde e de educação presentes nos documentos oficiais reguladores da formação de preceptores da saúde em nível de residência multiprofissional. Para tanto, é inicialmente traçado um panorama geral da residência multiprofissional no Brasil, em que são identificados e problematizados os modelos que fundamentam a formação de preceptores do ensino em saúde em nível de residência multiprofissional.

Na sequência, é apresentado o panorama dos modelos de saúde e de educação presentes nos documentos oficiais reguladores da formação profissional em saúde. Considerando que o tema da dissertação é a formação pedagógica do preceptor em nível de residência multiprofissional, convém justificar a escolha de recorrer à formação profissional em saúde em nível de graduação: primeiro, porque se todo preceptor é, antes, um profissional da saúde, considera-se que a formação do preceptor tem raízes na formação profissional inicial em saúde e, por essa razão, os modelos norteadores desta formação são também relevantes; segundo, porque não existe um curso de graduação voltado para a formação de preceptores do ensino em saúde, o que existem são cursos de especialização de abrangência nacional, promovidos por hospitais participantes do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021b); terceiro, porque a preparação para a docência ou a participação em cursos voltados à área específica da educação não se constitui como exigência ao preceptor para o exercício da preceptoria (BRASIL, 2012; 2014b; 2022), de modo que um profissional da saúde ao se tornar preceptor, traz consigo todo um arcabouço de conhecimento e postura pedagógica adquiridas na graduação. Em vista disso, na sequência, é analisado como os documentos mostram essa realidade apresentada.

Nessa perspectiva, foi investigado o paradigma educacional e de saúde que fundamenta a formação de profissionais da saúde em nível de graduação bem como o modo pelo qual tais paradigmas se apresentam nos documentos reguladores dos cursos de residência, os quais constituem forma de aperfeiçoamento para a atuação na área da saúde e são o locus do ensino no qual se insere a figura do preceptor. São recuperadas as características da atuação do preceptor nesta modalidade de formação – residência – compreendendo quais são elas e quais os critérios que habilitam o profissional da saúde a atuar como preceptor.

Pretende-se revelar, ao final deste capítulo, que todo o profissional da saúde é formado, do ponto de vista pedagógico, a partir, sobretudo, do predomínio de um paradigma fundado na



relação sujeito-objeto, ou seja, a partir de um modelo pedagógico pautado em noções como competência e técnica. Quer dizer, o modelo pedagógico de formação na área da saúde está alicerçado mormente no paradigma científico. Tal paradigma, embora indispensável para a formação e atuação de profissionais da saúde e de preceptores, não é suficiente para dar conta da complexidade das questões de saúde e formação – e essa construção é explicitada na sequência, para dar conta das relações humanas que envolvem esta formação e atuação.

## **2.1 Panorama geral da residência multiprofissional no Brasil: paradigmas da saúde e da educação**

Os documentos oficiais reguladores da formação profissional em saúde, dispõe que as Residências em Saúde (Residência Médica, Residência em Área Profissional<sup>4</sup> - subdividida em uniprofissional e multiprofissional) constituem modalidades de ensino-serviço sob a forma de pós-graduação *Lato Sensu*, concebida como “padrão de excelência”<sup>5</sup> na especialização em saúde. Enquanto a Residência Médica é destinada somente para médicos, a Residência em Área Profissional é direcionada às demais categorias profissionais que integram a área da saúde, reconhecidas por resolução 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tais como a Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2006; 2021a), Saúde Coletiva e Física Médica (2021a).

As Residências em Área Profissional começaram a ser pensadas e instauradas no Brasil há pelo menos 40 anos. Todavia, um movimento inicial no cenário nacional de sua constituição enquanto política de formação pós-graduada, surgiu no ano de 1999, quando a Coordenação da Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde e do Ministério da Saúde, junto a atores do Movimento Sanitário – que será melhor explicitado na sequência –, se articulam formando grupos interessados em criar, reavivar e reinventar residências em saúde da família (BRASIL, 2006; HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2021).

O Movimento pela Reforma Sanitária na década de 1970, tendo como tema a saúde e a democracia, surge no auge da ditadura militar como resistência, tanto ao poderoso complexo médico industrial, financiado principalmente com dinheiro público do Ministério da

---

<sup>4</sup> Considera-se os termos “Residência em Área Profissional da Saúde – modalidades uni e multiprofissional” como equivalente aos termos “Programas de Residência Multiprofissional em Saúde” e “Residência Multiprofissional em Saúde”, apresentado na Portaria Interministerial MEC/MS nº 7, de 16 de setembro de 2021 (BRASIL, 2021a).

<sup>5</sup> Realizaremos uma abordagem desse termo, de modo mais amplo, no decorrer deste tópico.

Previdência e Assistência Social, quanto ao modelo de formação baseado na especialização, na fragmentação do conhecimento e na visão da doença como fenômeno estritamente biológico (BRASIL, 2006; AREJANO; MARTINS, 2019). Nesse mesmo período, em 1976, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (RS) constituiu a primeira proposta de residência em Medicina Comunitária, voltada a formar profissionais com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública, com perfil humanista e crítico e com competência para uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade. Passados dois anos, a residência em Medicina Comunitária se torna Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) (BRASIL, 2006).

As primeiras experiências de RMS no cenário brasileiro foram propostas num contexto de mudanças e transformações na área da saúde, em âmbito internacional e nacional. Em âmbito nacional, inseridas nos serviços do SUS, passam a ser consolidadas tanto a partir de discussões e iniciativas conduzidas pelo Movimento da Reforma Sanitária, quanto com a ampliação do conceito de saúde expresso na Constituição Federal de 1988<sup>6</sup>, definido como direito fundamental e universal (ABIB; KUHN, 2017; ANDRADE, 2020). Essas mudanças culminaram em questões centrais no escopo da proposta geral da RMS, como a integralidade das ações em saúde e o trabalho interdisciplinar (BRASIL, 2006; ABIB; KUHN, 2017; ANDRADE, 2020).

A Residência Multiprofissional em Saúde tem seu percurso, desde a instauração e processo de reconhecimento no ano de 2005<sup>7</sup>, permeado por desafios e avanços ocorridos no âmbito das políticas públicas de saúde e de educação. Assim como as demais residências em saúde, está regulamentada por meio da concessão de bolsas para Educação pelo Trabalho, mediante articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2005a). Recebe apoio do Ministério da Saúde desde 2002, por meio do projeto governamental Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (ReforSUS)<sup>8</sup>. Em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), instituiu-se a Política Nacional de

---

<sup>6</sup> Artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988, amplia a concepção de fazer saúde, definindo ser um direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2006).

<sup>7</sup> Reconhecida pela Lei 11.129, de 30 de junho de 2005 e pela portaria interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005 (BRASIL, 2005).

<sup>8</sup> Projeto governamental instaurado no final da década de 1990, financiado pelo Banco Mundial e pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), incluindo a avaliação de tecnologias na proposta de avaliação dos sistemas e serviços de saúde por recomendação dos agentes financiadores (NOVAES; SOÁREZ, 2020).

Educação Permanente em Saúde, expressa na Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2006).

A RMS configurada como importante estratégia nacional de formação de profissionais para o SUS, almeja favorecer a inserção qualificada dos profissionais da saúde no mercado de trabalho e, particularmente, promover uma formação para os trabalhadores do SUS. Com o propósito de organizar as residências, em 2009, constitui-se a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)<sup>9</sup>, responsável por credenciar, certificar, acompanhar e avaliar os programas de Residência em Área Profissional da Saúde, em conformidade com as diretrizes e preceitos do SUS.

Identifica-se ser notória a influência de movimentos sociais, políticos e econômicos, como a Reforma Sanitária e a formulação e implantação do SUS na história das residências multiprofissionais em saúde. A partir da formulação do SUS na Constituição de 1988 e sua implantação nas duas últimas décadas, o sistema de saúde no Brasil chegou ao século XXI organizado em torno da promoção e da vigilância à saúde. A forma de estruturação e organização da saúde no Brasil anterior à Constituição de 1988, buscava atender, prioritariamente, às necessidades dos grupos sociais de maior poder aquisitivo. Eram serviços voltados para a recuperação e não para a prevenção, concentrando-se na solução de problemas degenerativos que afligiam as camadas mais bem situadas na escala social, quando as doenças infecciosas ainda eram responsáveis por grande parte da mortalidade e morbidade da população brasileira (MATHIAS, 2018).

Ainda, segundo Mathias (2018), os serviços nesse período tinham uma tendência marcante à sofisticação e à complexidade, respondendo aos interesses dos produtores de insumos, de equipamentos e de serviços. A população, neste contexto, é menos considerada do ponto de vista da subjetividade e mais compreendida como “mercadoria manipulada pelas forças de mercado” (MATHIAS, 2018). A partir dos anos de 1920, o país foi desenhando um modelo que favorecia algumas categorias (ferroviários, marítimos etc.) em termos de esquemas de assistência à saúde e benefícios como aposentadoria. Mathias (2018), sobre esse modelo, ainda afirma que,

---

<sup>9</sup> Comissão regulamentada por meio da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192). Acesso em: 14 jun. 2023.

Com o passar do tempo, todos os trabalhadores inseridos no mercado formal tinham direito a fazer consultas, exames e cirurgias. Tudo isso estava sob o guarda-chuva do Ministério da Previdência e Assistência Social que, no período militar, teve duas instituições que se ocuparam da saúde: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966 e substituído em 1974 pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). (...) as pessoas que não tinham carteira assinada não tinham acesso a consultas, exames, cirurgias.

Porém, é verdade também, de acordo com Mathias (2018), que “nem todos que tinham carteira assinada usavam, necessariamente, a previdência – e que eram iguais”. O autor segue explicando que isso ocorria “porque, embora a classe média tivesse carteira assinada e pudesse usar a medicina previdenciária, ela pagava. O setor privado encontrou na medicina previdenciária o ambiente ideal para prosperar sem riscos”; e, além disso, “muitos escândalos de corrupção explodiram na época, mostrando como empresas buscavam fraudar a Previdência mentindo sobre o número de atendimentos que faziam. O quadro geral era de insatisfação” (MATHIAS, 2018). Conseqüentemente, neste contexto de insatisfação, surge uma compreensão diferente desta estruturação e organização dos serviços de saúde, um panorama no qual “profissionais de saúde e população passam a ser vistos como sujeitos do processo e a doença deixa de ser o foco de observação, que se volta para o modo de vida e as condições de trabalho dos indivíduos e grupos sociais, e suas repercussões no processo saúde-doença” (CHIESA *et al.*, 2007, p. 237).

Destes dois modelos de organização da saúde no Brasil – Medicina Previdenciária e o Sistema Único de Saúde – são desdobrados processos educativos e formativos de profissionais de saúde. Na perspectiva da Medicina Previdenciária, cujo foco estava no tratamento das doenças, a formação médica assumiu os contornos da escola norte-americana. De acordo com Machado, Wuo e Heinzle (2018, p. 67-68), foi na década 1960, com o incentivo da cultura norte-americana durante o governo de Juscelino Kubitschek, que Anísio Teixeira<sup>10</sup> trouxe ao país o conceito norte-americano de educação superior. Este modelo seguiu sendo empregado mesmo após a Reforma Universitária<sup>11</sup>, introduzida pelos militares em parceria com o Banco

---

<sup>10</sup> Anísio Spínola Teixeira (1900-1971), jurista, educador e pensador brasileiro, reconhecido como um dos fundadores centrais da escola pública no Brasil, permaneceu à frente do INEP por 12 anos. No auge do debate sobre a universalização da escola pública, laica, gratuita e obrigatória, na década de 1930, foi destacado como um dos signatários do Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova, defendendo uma educação construtivista e a transformação social por meio da educação (BRASIL, 2020).

<sup>11</sup> O ensino superior privado anterior à Reforma Universitária de 1968, estava organizado de modo muito próximo ao ensino público. Essa Reforma pautou, fundamentalmente, a modernização e expansão das instituições públicas – destacando-se as universidades federais. O surgimento do “novo” ensino superior privado constituiu um desdobramento dessa Reforma, uma vez que as modificações introduzidas nas universidades federais não conseguiram ampliar satisfatoriamente suas matrículas para atender à crescente demanda de acesso, produzindo efeitos paradoxais no ensino superior brasileiro. Por um lado, modernizou uma parte significativa das universidades federais e determinadas instituições estaduais e confessionais, criando condições propícias para que

Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), em 1968, seguindo a nova realidade socioeconômica imposta pelo mercado mundial. De acordo com esses autores, a educação médica também seguiu o modelo norte-americano, tendo como referência Abraham Flexner (1866-1959)<sup>12</sup>. Este modelo tinha como características:

incentivo à pesquisa e a importância do ensino hospitalar, e a exaltação à docência com dedicação exclusiva (com delimitação e aprofundamento em áreas de estudo, culminando nas especialidades), o ensino médico nacional trabalha com um modelo essencialmente individualista, biologicista, hospitalocêntrico e com ênfase nas especializações. O modelo flexneriano, pautado em disciplinas isoladas e na consequente fragmentação do aprendizado, encontra-se aplicado na maioria dos cursos de Medicina do País. Os alunos recebem os materiais preparados pelos professores e fixam os estudos em assuntos já pré-programados, ficando a discussão e o processo de aprendizagem com pouca flexibilidade. Sob este esquema metodológico são formados profissionais tecnicamente hábeis e com amplo conhecimento dos processos patológicos, sem que haja, entretanto, a transferência adequada desses aprendizados para a realidade social em que serão inseridos na prática médica (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018, p. 67-68).

Machado, Wuo e Heinzle (2018) lançam luz sobre os limites do modelo flexneriano – também denominado modelo biomédico – para a formação de profissionais médicos, modelo este que também fundamenta a formação geral de profissionais da saúde, de acordo com Pereira e Lages (2013, p. 321). As críticas realizadas ao modelo da Medicina Previdenciária e ao Modelo Biomédico, principalmente à hegemonia do cuidado e formação focado na dimensão biológica e na doença e da educação centrada na formação tecnicista e conteudista (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2021), no Brasil, demarcam o início de um processo de mudança no modo de compreender a saúde, sobretudo a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 17 e 21 de março de 1986. Esta conferência, foi um dos momentos mais importantes na definição do SUS, em que foram debatidos três temas principais: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial.

O relatório final desta conferência apontou importantes conclusões, entre elas a de que as mudanças necessárias para a melhoria do sistema de saúde brasileiro não seriam alcançadas apenas com uma reforma administrativa e financeira, mas era preciso que se ampliasse o

---

determinadas instituições passassem a articular as atividades de ensino e de pesquisa. Entretanto, se a Reforma de 1968 produziu efeitos inovadores, por outro, abriu condições para o surgimento de um ensino privado organizado a partir de estabelecimentos isolados, voltados para a mera transmissão de conhecimentos de cunho marcadamente profissionalizante e distanciados da atividade de pesquisa, que pouco contribuem com a formação de um horizonte intelectual crítico para a análise da sociedade brasileira e das transformações da contemporaneidade (MARTINS, 2009).

<sup>12</sup> Educador, graduado em humanidades pela Johns Hopkins University, foi idealizador do relatório flexner que além de expor em detalhes a situação da educação médica, consolidou um modelo de ensino que se estendeu além das fronteiras norte-americanas (PAGLIOSA; DA ROS, 2008) e “legitimou a racionalidade da medicina moderna por meio da incorporação do caráter científico à medicina” (PEREIRA; LAGES, 2013, p. 321).

conceito de saúde e se fizesse uma revisão da legislação. O relatório final apontou o consenso em relação à formação de um sistema único de saúde, separado da previdência, e coordenado, em nível federal, por um único ministério. Também foram aprovadas as propostas de integralização das ações, de regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviço e de fortalecimento do município. O relatório aponta ainda a necessidade de participação popular, através de entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão e na avaliação do sistema (ENSP/FIOCRUZ, 2019).

Outra grande resolução diz respeito a um conceito mais abrangente de saúde, descrito no relatório final como uma resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde. Ainda, os delegados da conferência atribuíram ao Estado o dever de garantir condições dignas de vida e de acesso universal à saúde, e apontaram a necessidade de integrar a política de saúde às demais políticas econômicas e sociais (ENSP/FIOCRUZ, 2019). A partir da 8ª Conferência Nacional, a saúde passa a ser compreendida pelo paradigma da integralidade, base conceitual na proposta de instauração do SUS, incorporando determinantes sociais, culturais, políticos, econômicos e psicológicos às práticas do modelo biomédico – centrado em uma compreensão de saúde em termos biológicos, voltado ao tratamento de doenças orgânicas – ampliando a compreensão sobre saúde e sobre seus modos de ação.

Machado *et al.* (2007) revisaram conceitualmente os termos integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS. Definem integralidade enquanto princípio articulador no Sistema Único de Saúde: a integralidade no agir em saúde e a integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde. A concepção de integralidade como princípio articulador no SUS tem como centro a promoção da saúde que emergiu como marco da saúde pública, configurada num modelo das ações em saúde. Esse modelo de ações de promoção da saúde considera ser desenvolvido com base no movimento articulado de políticas sociais correspondentes aos problemas de coletivos populacionais, buscando incorporar princípios como a solidariedade, a equidade, a democracia, a cidadania, o desenvolvimento, a participação e a parceria, em estratégias que envolvem Estado, comunidade, família e indivíduo. Ainda conforme Machado *et al.* (2007), a partir da ampliação na quantidade e qualidade dos serviços de saúde consequente ao processo de instauração do SUS, buscou-se constituir um modelo de atenção primária à saúde que pudesse viabilizar a integralidade dessas ações e desses serviços de saúde, frente ao modelo de atenção vigente – com foco na cura, no hospital e como privilégio de quem pudesse custear.

Portanto, foi num contexto de inúmeras iniciativas de mudanças nos processos de organização dos serviços de saúde, que o Programa de Saúde da Família (PSF), idealizado em 1994, constitui-se como esse modelo de atenção primária, que passa a ter como núcleo do cuidado, a família, propondo que esta seja compreendida a partir do seu contexto de vida. Desse modo, o PSF, fundamentado numa nova ética social e cultural, tem o propósito de viabilizar os princípios de promoção da saúde na perspectiva da qualidade de vida da população, o que requer o estabelecimento de parcerias intersetoriais contínuas, articulando ações de cunho interdisciplinar na assistência, prevenção e promoção da saúde (MACHADO *et al.*, 2007).

Segundo Machado *et al.* (2007), nesse modelo de atenção primária que tem como núcleo a família, os profissionais de saúde sendo concebidos enquanto agentes de mudança, passam a ser facilitadores no processo da educação em saúde. Nesse processo, a formação continuada dos profissionais de saúde é considerada diante do posicionamento de que uma profunda reestruturação da organização do setor saúde depende de uma política de educação direcionada à essa organização. Portanto, a formação do profissional de saúde passa a ter como desafio, dentre outros, o de não separar a atenção individual da atenção coletiva. Essa não dicotomia, implica que o profissional não perca de vista, tanto a concepção de atenção integral à saúde e a proposta educativa com a população, assim como a percepção da presença de saberes e práticas que constituem o núcleo de cada profissão da saúde. Para isso, o exercício efetivo do trabalho em equipe, realizado desde o processo formativo em nível de graduação, constitui o centro da prática em saúde, quando pensada e proposta na perspectiva da integralidade. A prática em saúde pautada na integralidade, depende do estabelecimento de estratégias de aprendizagem que oportunizem o diálogo entre os profissionais, para o desenvolvimento de ações de promoção em saúde, tanto no cuidado individual quanto coletivo (MACHADO *et al.*, 2007).

Machado *et al.* (2007) reiteram, ainda, que a formação centrada no modelo de atenção integral à saúde demanda uma percepção voltada para a elaboração de projetos em âmbito coletivo, supondo um conjunto de competências exigidas ao trabalho em saúde. Os autores referem que a noção de cuidado integrado em saúde “compreende um saber fazer de profissionais, docentes, gestores e usuários/pacientes corresponsáveis pela produção da saúde” (MACHADO *et al.*, 2007, p. 4). A concepção de integralidade enquanto princípio, “deve orientar para ouvir, compreender e, a partir daí atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e comunidades, num novo paradigma de atenção à saúde” (MACHADO *et al.*, 2007, p. 4).

A integralidade no agir em saúde, constitui-se como modelo referencial frente ao atendimento individualizado e impessoal do profissional da saúde, oriundo da formação

médica. Como forma de organização da articulação entre a assistência e as práticas de saúde coletiva e referencial ao modo de agir, a integralidade está “assentada no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde” (MACHADO *et al.*, 2007, p. 4). O movimento de repensar práticas assistenciais na integralidade do cuidado à saúde, pressupõe aprofundar a discussão acerca da natureza do processo de trabalho e a sua centralidade na compreensão da organização da assistência à saúde. Isso, para que sejam construídas ações diferenciadas na produção da saúde no sentido de se estabelecerem outros modos de relação entre profissionais e usuários, direcionando uma prática em saúde centrada no usuário e suas necessidades (MACHADO *et al.*, 2007).

O princípio da integralidade como eixo norteador das ações de educação em saúde conforme Machado *et al.* (2007, p. 339), contempla uma concepção de educação ancorada no conceito de promoção da saúde que trata de processos que abrangem a participação social de forma ativa. A educação em saúde, vista como processo político pedagógico e tendo a integralidade como princípio, solicita a construção do conhecimento com base em reflexões da *práxis* educativa, de modo a permitir um pensar crítico e reflexivo “da realidade e dos determinantes de um viver saudável” (MACHADO *et al.*, 2007, p. 340).

Com o advento do paradigma da integralidade, levado à cabo pela instauração do SUS pela constituição de 1988, a saúde ganha contorno generalista/humanista, que se desdobra em práticas e em propostas de formação de profissionais em ampliação à eminente excelência técnica da formação especializada (BRASIL, 2006). Chiesa *et al.* (2007) apontam que a formação generalista/humanista assume a finalidade de adequar e aproximar as práticas – pautadas nas diretrizes e princípios do SUS – às necessidades de saúde da população brasileira. A Residência Multiprofissional em Saúde, enquanto modalidade de ensino em serviço, tem constituído estratégia de excelência para promover essa adequação e aproximação do ensino à realidade do sistema de saúde (BRASIL, 2006; 2021b).

Sob a ótica dos documentos oficiais reguladores da formação em nível de residência multiprofissional consultados – *Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde* (BRASIL, 2021b), *Caderno do projeto: desenvolvimento da gestão de programas de residência e da preceptorial no SUS* (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2021) e os *Manuais para o fortalecimento das residências em saúde: abertura de Programa de Residência em Área Profissional da Saúde* (BRASIL, 2022) –, a residência constitui estratégia de excelência por fomentar a construção de uma prática profissional *in loco*, pautada no trabalho em equipe e interdisciplinar, enquanto elementos fundamentais para a integralidade, resolutividade, fortalecimento do SUS e integração entre ensino, serviço e comunidade (ARAÚJO *et al.*, 2017;



BRASIL, 2021b; 2022). A excelência da prática aparece relacionada de modo intrínseco ao desempenho competente do agir em saúde, que tem seu desenvolvimento orientado pela competência enquanto modelo de educação baseada em resultados. Portanto, a prática profissional orientada pela competência é dimensionada ao desenvolvimento de capacidades ou atributos – cognitivos, psicomotores e atitudinais – que, combinados, conformam distintas maneiras de realizar, com efetividade, as ações em saúde e as características de uma determinada prática profissional (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2021).

A RMS ao exercer papel importante no desenvolvimento da competência na formação em saúde *in loco*, especialmente para atender às políticas do SUS (ARAÚJO *et al.*, 2017), confere ao preceptor um papel central, por ser considerado o profissional da saúde, vinculado ao serviço de saúde, mais diretamente responsável pela formação do profissional residente, seja no hospital ou na rede em geral (RIBEIRO, 2011). O profissional da saúde, ao assumir o papel de preceptor e a função de integrar o profissional residente ao serviço de saúde e ao trabalho em equipe interdisciplinar, precisa *orientar e acompanhar* no sentido que este adquira habilidades para o desenvolvimento de uma prática competente (BRASIL, 2022, grifo nosso). As expressões “orientar e acompanhar” foram grifadas porque parecem sinalizar a intenção de que o preceptor fosse o profissional responsável por, talvez, “ensinar ou educar” o profissional residente.

O profissional da saúde ao assumir a atividade de preceptoria, tende a orientar o ensino e a formação do profissional residente, pautado nos conhecimentos e experiências oriundas da sua própria formação e prática profissional em saúde (RIBEIRO, 2011; SILVA; LOPES; PETRIBÚ, 2019). Portanto, o preceptor, sendo considerado antes um profissional da saúde, compreende-se que este tem em sua formação assistencial e de ensino-aprendizagem, raízes da formação profissional em nível de graduação, ainda permeada por princípios educacionais e de compreensão da saúde estabelecidos pelo modelo biomédico, mesmo que também atravessados pelo paradigma da integralidade, na contemporaneidade. Assim, no próximo tópico serão revisados, ainda que de forma breve, os paradigmas da saúde e da educação que fundamentam a formação de profissionais da saúde em nível de graduação.

## **2.2 Formação de profissionais da saúde em nível de graduação: paradigma da saúde e da educação**

A formação de profissionais da saúde norteadada pelo paradigma da integralidade e pelos princípios do SUS, coloca em reflexão tanto os modelos de atenção à saúde existentes, como

os princípios pedagógicos da formação profissional, enquanto elementos intrinsecamente articulados. No que se refere ao paradigma da saúde, a formação de profissionais em nível de graduação está pautada na mesma compreensão de saúde e no mesmo modelo de atenção da residência multiprofissional, que já foram apresentados no item anterior.

Considerado o vínculo estreito entre o modelo de atenção à saúde existente e os princípios pedagógicos da formação profissional, busca-se um modo de configuração e operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS a partir do modelo assistencial generalista/humanista, pautado na integralidade, que requer um novo perfil profissional. Este perfil aponta na direção de um profissional capaz de garantir a integralidade da atenção e do cuidado em saúde, indicando uma proposta educacional alternativa à formação tradicional que prioriza a repetição, promove a compartimentalização do ser humano e supervaloriza a especialidade/especialização (GAZOLA *et al.*, 2022). Trata-se, aqui, de identificar qual é o modelo de educação que pauta a formação de profissionais da saúde em nível de graduação, objetivo que será buscado na sequência.

A formação do profissional da saúde em nível de graduação, pautada numa perspectiva generalista/humanista, sustentada pela integralidade proposta pelo SUS e regida pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB), passou a implementar, dentre outras medidas, a substituição dos currículos mínimos<sup>13</sup> – engessados, descontextualizados e com suposta igualdade de formação (GAZOLA *et al.*, 2022) – pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Saúde (DCNs). As DCNs para área da saúde, pautadas nessa mudança de perspectiva formativa, foram construídas sobre a égide das discussões da Reforma Sanitária Brasileira, tendo como base a Constituição de 1988, quanto ao acesso à educação, com a participação da família e do Estado no processo educacional, além do vínculo ao mundo do trabalho e à prática social<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> As discussões acerca do currículo no cenário brasileiro, especialmente com a instauração da Constituição de 1988, desencadeou debates vinculados à Lei de Diretrizes e Bases da educação nacional (LDB) promulgada em 1996 - Lei 9.394/96. A LDB/96, principalmente no art. 26, legitima teorias curriculares - que culminará no currículo por competência - no sentido de romper com exigências oriundas de concepções de currículos mínimos, com excessiva rigidez na sua configuração formal e pautados em suposta igualdade formativa. A LDB constituiu-se assim, com base na premissa de assegurar a contextualização dos conhecimentos nos currículos. Nessa mudança, o parecer CNE/CES 67/2003 constituiu-se como Referencial para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação, em detrimento aos currículos mínimos e garantindo o seu ordenamento através do Parecer 776/97 que orienta as diretrizes curriculares dos cursos de graduação, definindo dentre seus propósitos, “assegurar a flexibilidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes” (BRASIL, 2003).

<sup>14</sup> Prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, no Plano Nacional de Educação, Lei nº 10.172/2001; no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), Lei nº 10.861/2004 e Decreto nº 5.773/2006. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10172-9-janeiro-2001-359024-norma-actualizada-pl.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2023.

Orientadas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CES), as DCNs para os Cursos de Graduação em Saúde<sup>15</sup> norteiam a configuração de cursos de graduação de categorias profissionais da saúde, nomeadamente: biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e saúde coletiva (BRASIL, 2001). A primeira resolução com diretrizes para a área da saúde – resolução do Conselho Nacional de Educação<sup>16</sup> (CNE) por meio da CES 1.133/2001 – dispõe sobre as DCNs dos cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição. As diretrizes curriculares para os demais cursos da área da saúde foram aprovadas até o ano de 2004, sendo que para o curso de Saúde Coletiva, as diretrizes tiveram aprovação em 2017. As DCNs para o curso de graduação em Medicina, atualizadas em 2014, apontam a necessidade de mudança nos seus projetos pedagógicos no sentido de ampliar o potencial de induzir um novo paradigma na formação de profissionais médicos no país. Essas diretrizes são ampliadas para todos os cursos de graduação da área da saúde em 2017 pelo CNS (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2021).

Nas DCNs dos cursos para área da saúde, constam elementos especificados nos seguintes tópicos: 1) o perfil do formando egresso/profissional; 2) as competências gerais e habilidades específicas; 3) os conteúdos curriculares; 4) os estágios e atividades complementares; 5) a organização do curso e 6) o acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2001). As diretrizes curriculares para o curso de graduação em Medicina publicadas em 2014, contemplam além desses tópicos, uma definição da Competência Profissional na Área da Saúde (BRASIL, 2014a).

A construção das diretrizes elaboradas pelo CNE, após ampla discussão entre a área da educação e saúde, envolvendo instituições de educação superior, rede de trabalhadores da saúde e sociedade em geral, estabelece por meio da descrição do perfil desejado do egresso o ponto principal do processo de formação para a área da saúde, com foco na atenção primária e com

---

<sup>15</sup> As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da área da Saúde estão publicadas juntamente com as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação no site do Ministério da Educação. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>. Acesso em: 24 ago. 2023.

<sup>16</sup> O Conselho Nacional de Educação (CNE) por meio da Câmara de Educação Superior é o órgão responsável pela construção de diretrizes curriculares nacionais que visam expressar o conceito de qualidade expresso na Constituição de 1988, bem como orientar as instituições brasileiras de ensino na organização, articulação, desenvolvimento de suas propostas pedagógicas e de seus currículos. Esse conselho foi instituído pela Lei 9.131 de 1995, tendo atribuições normativas, deliberativas e de assessoramento ao Ministro de Estado da Educação. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/lei9131.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2023.

competências comuns e habilidades para atuação no SUS (SANTOS *et al.*, 2022). Esse perfil profissional desejado faz contraponto, então, ao perfil ainda hegemônico resultante de uma organização curricular da graduação em saúde que priorizava a prática eminentemente curativa, baseada no modelo biomédico flexneriano, especialista, sediado no espaço da clínica e do hospital (VARELA *et al.*, 2016) e fundamentado no treinamento puramente técnico (MITRE *et al.*, 2008).

Deste modo, as DCNs elaboradas para os Cursos de Graduação na Área da Saúde, pautadas em competências gerais, habilidades específicas e orientadas para uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, idealiza que o egresso seja um profissional qualificado

[...] com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (BRASIL, 2001).

Nessa mudança de perspectiva formativa para a área da saúde, o currículo por competência, sustentado pela LDB/96<sup>17</sup>, aparece contemplado no escopo do projeto pedagógico dos cursos de graduação em saúde. Cabe ressaltar, aqui, que o currículo por competência foi proposta educacional em âmbito nacional, abrangendo desde a educação escolar até a universitária, institucionalizada por meio da pedagogia das competências – definida por seus objetivos e validada pelas competências que produz –, com o objetivo de promover o encontro entre formação e trabalho, ou seja, educação profissional. O fundamento do currículo por competências pautado na redefinição do sentido dos conteúdos de ensino, passa a atribuir sentido prático aos saberes escolares, abandonando a primazia dos saberes disciplinares para focar em competências supostamente verificáveis em situações e tarefas específicas que os alunos deverão ser capazes de compreender e dominar (RAMOS, 2009).

Conforme Deluiz (2001), apesar de a política de educação do Ministério da Educação (MEC) conceber a educação profissional integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia, com o objetivo de garantir o direito ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva e social, o centro da educação profissional

---

<sup>17</sup> A reforma educacional implementada no Brasil a partir da Lei 9394/96 (LDB), seguida pela regulamentação no que se refere à educação profissional, como o Decreto-Lei 2208/9717 e as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, no Parecer CNE/CEB nº 16/99,18 na Resolução CNE/CEB nº 04/9919 e nos Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, assume como concepção orientadora o modelo das competências (DELUIZ, 2001).

são as novas exigências do mundo do trabalho, explicitadas de acordo com as áreas profissionais e os perfis de competências estabelecidos nas DCNs da Educação Profissional de Nível Técnico. Entretanto, o autor aponta que as aptidões para a vida social ou a preocupação com a formação ampliada dos sujeitos, não são detalhadas e especificadas na legislação educacional.

Consta nas DCNs para o curso de graduação em Medicina (BRASIL, 2014a), em relação à competência (BRASIL, 2001), que as políticas nacionais de saúde e de educação, ao passo que colocam em evidência a necessidade de mudanças nos processos de formação profissional, tem também, estimulado e apoiado iniciativas de ampliação da responsabilidade social e da pactuação para a definição de competência e para o desenvolvimento das DCNs (BRASIL, 2014a). O termo competência, apontado como orientação para a formação na área da saúde, a partir da publicação das DCNs em 2001 (BRASIL, 2001), aparece na descrição dos elementos e das dimensões constituintes do novo perfil profissional desejado – competências gerais e específicas a cada categoria profissional –, porém sem a explicitação de uma concepção teórica do termo.

Segundo Lima e Ribeiro (2022, p. 4), as DCNs para a graduação em Medicina, atualizadas em 2014, avançaram em relação à edição publicada em 2001, ao apresentarem as capacidades ou habilidades como elementos constitutivos da competência, não limitada “à posse ou à verificação desarticulada ou compartimentalizada desses elementos”. Assim, uma noção de competência é apresentada pelas DCNs do curso de Medicina (BRASIL, 2014a), que apesar de ainda não estar respaldada numa concepção teórica, sendo definida como

a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com oportunidade, pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde. Assim, a mobilização de capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras, dentre outras, promove uma combinação de recursos que se expressa em ações diante de um problema. As ações são traduzidas por desempenhos que refletem os elementos da competência: as capacidades, as intervenções, os valores e os padrões de qualidade, em um determinado contexto da prática (BRASIL, 2014a, p. 24).

Chiesa *et al.* (2007) destacam Hager e Gonczi (1996), Hernández (2002), Perrenoud (1999) e Ramos (2001) como referências na área da saúde acerca da noção de competência. Nos anos de 1960-1970, essa noção tinha fortes raízes na linha comportamental (behaviorismo), cuja influência ainda se apresenta marcante na formação dos profissionais da área da saúde (LIMA, 2005; CHIESA *et al.*, 2007). Entretanto, a partir dos anos 1980, a competência dialógica surge como uma noção mais ampla e entendida como

o desenvolvimento de atributos cognitivos, psicomotores e afetivos que conjuntamente demonstram diferentes modos de realizar com excelência uma tarefa ou um trabalho profissional. Essa concepção considera a historicidade das sociedades e das pessoas que nela se inserem, em um dado momento histórico, observando o processo de transformação dos saberes, assim como os modos de produção e reprodução social que influenciam as respostas e os atributos esperados para determinada área profissional (CHIESA *et al.*, 2007, p. 239).

Lima (2005, p. 373) aponta que a competência não é algo que se possa observar diretamente, mas que pode ser inferida pelo desempenho, compreendido como “capacidade em ação”, e não somente como “uma série de tarefas discretas, definidas de modo tecnicado e avaliadas por uma abordagem descontextualizada e fragmentada”. A autora aponta que a noção de competência centrada numa concepção limitada de desempenho “implica a subestimação do desenvolvimento e da avaliação das capacidades que subjazem e fundamentam os desempenhos, centrando a aprendizagem e sua certificação na verificação do cumprimento de tarefas”. Todavia, uma noção de competência centrada somente “nas capacidades/atributos corre o risco de favorecer o desenvolvimento desarticulado dos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo e de reduzir a prática a simples campo de aplicação da teoria” (LIMA, 2005, p. 373). Assim, a competência dialógica, “originada na combinação de atributos pessoais para a realização de ações, em contextos específicos, visando atingir determinados resultados”, surge como modo de superar o dualismo entre a competência como desempenho e/ou a competência como capacidades/atributos (LIMA, 2005, p. 371).

Conforme descrito nas DCNs (2014a, p. 9), a abordagem dialógica de competência na proposta curricular de formação dos profissionais da saúde possibilita tanto a reflexão sobre as práticas profissionais quanto uma construção dialogada entre os contextos da instituição de ensino e do trabalho com a sociedade, “a partir da explicitação de diferentes interesses, valores e saberes, social e historicamente, constituídos”. Na abordagem de competência, passa a existir uma forte mudança no papel dos serviços e dos profissionais de saúde na formação profissional, com conseqüente mudança do papel da instituição de ensino superior e do docente na relação com o graduando/aluno e com o sistema de saúde. Essa mudança encontra-se ancorada no reconhecimento dos diferentes saberes e perspectivas dos envolvidos na formação e no princípio da complementariedade na integração teoria/prática (BRASIL, 2014a).

As DCNs pensadas e organizadas para contemplar um perfil generalista/humanista, reafirmam assim, a necessidade e o dever da IES de formar profissionais da saúde próximos aos serviços de saúde e das necessidades do SUS (CHIESA *et al.*, 2007; GAZOLA *et al.*, 2022). Diante disso, a orientação curricular por competência na área da saúde implica a inserção precoce do graduando em cenários da prática profissional, o que pressupõe uma estreita parceria

entre essas instituições de ensino e os serviços de saúde, uma vez que é pela reflexão e teorização a partir de situações da prática que se pretende estabelecer o processo de ensino aprendizagem.

A organização curricular com foco no desenvolvimento de competências e habilidades passa a integrar e explorar os conteúdos a partir de situações problema reais ou simulados da prática profissional, os quais constituem os estímulos para o desencadeamento do processo de ensino aprendizagem (BRASIL, 2014a). Lima (2005, p. 375) afirma que a utilização de situações reais ou simuladas da prática profissional garante uma aproximação imediata da aprendizagem ao mundo do trabalho, além de favorecer a construção de novos saberes a partir do reconhecimento da prática em exercício e do potencial significativo das ações observadas e/ou realizadas, assim como da funcionalidade das capacidades a serem desenvolvidas para melhor qualificar essas ações.

Portanto, evidencia-se que o paradigma da educação proposto para uma formação de cunho generalista, humanista, crítica e reflexiva, está pautado pela noção de competência. A base conceitual da compreensão que se construiu em torno do processo de ensino aprendizagem em saúde, ancorada nessa noção, tem recebido contribuições de perspectivas educacionais e pedagógicas oriundas, principalmente, da Escola Nova de John Dewey (1859-1952), da Pedagogia Crítica de Paulo Freire (192-1997), da Epistemologia Social de Thomas Stanley Popkewitz (1940-atual), da Teoria do Desenvolvimento de Piaget (1896-1980) e da Teoria Histórico Social de Lev Semionovitch Vygotsky (1896-1934). Esse modelo de educação destaca a centralidade da aprendizagem significativa e ativa, o que revela a necessidade de planejar e organizar o processo de ensino considerando as necessidades de aprendizagem do graduando (BRASIL, 2014a).

Consta nas DCNs (BRASIL, 2014a) que as contribuições oriundas da pedagogia crítica e da relevância social da universidade influenciaram o reconhecimento de que, além de significativa para o graduando, a aprendizagem precisa ser também significativa do ponto de vista social. Somente este duplo reconhecimento seria capaz de propiciar, tanto a produção do conhecimento, quanto a conformação de um perfil profissional desejado em saúde, que dialogue com a realidade social, com os problemas e as políticas de saúde nacional (BRASIL, 2014a, p. 12).

As DCNs apontam também a interdisciplinaridade como elemento fundamental para a produção articulada do conhecimento e a resolução de problemas. A interdisciplinaridade, ao pressupor o diálogo entre os saberes, o conhecimento e as disciplinas, representa neste paradigma um modo de produzir conhecimento e de solucionar problemas cada vez mais

complexos, numa sociedade em constante e acelerada transformação. Modo de produzir e solucionar que se apresenta limitado quando pensado do ponto de vista do modelo educacional tradicional, pautado numa lógica unidisciplinar que revela uma dimensão do humano, porém o fragmenta e o reduz conforme os próprios limites de disciplina (BRASIL, 2014a).

Dentre as características do trabalho em saúde que também interferem na configuração do processo formativo, as DCNs para a graduação desde sua proposta inicial publicada em 2001, afirmam a centralidade da aprendizagem pelo trabalho e, ainda, recomendam a diversificação dos espaços de prática no SUS (BRASIL, 2014a). Na aprendizagem por meio do trabalho, compreendida como central no processo de formação no currículo por competência, a clínica<sup>18</sup> constitui espaço primordial, uma vez que é “por meio da vivência da clínica que se aprende o relacionamento com os usuários do sistema de saúde, com sua subjetividade, seus desejos, seus conceitos, alegrias e sofrimentos e, não apenas, com suas doenças” (BRASIL, 2014a, p. 14). Considera-se, ainda, que é por meio da articulação dos conhecimentos teóricos com a experiência vivenciada e problematizada que é produzida uma parte considerável dos conhecimentos, das habilidades e das atitudes – entendida como a parte ética –, bem como das tecnologias para a prática/trabalho em saúde (BRASIL, 2014b, p. 14).

Em relação à diversificação dos cenários de aprendizagem, as DCNs (BRASIL, 2001; 2014a) apontam que diferentes níveis de complexidade podem estar envolvidos nos problemas de saúde, exigindo para a formação do graduando a mobilização de diferentes áreas do saber e diferentes configurações tecnológicas do cuidado em saúde. Portanto, a vivência em distintos cenários de prática no sistema de saúde – atenção básica e especializada, ambulatorial, hospitalar, domiciliar e outros equipamentos sociais, como o de esporte, lazer, cultura e educação – é entendida como indispensável para o desenvolvimento de conhecimentos, de referências, de atitudes e de habilidades dos futuros profissionais.

A formação em nível de graduação na saúde deve contemplar, deste modo, um projeto pedagógico centrado no graduando/aluno, enquanto sujeito da aprendizagem, apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino aprendizagem. Este projeto deve buscar a formação integral e adequada do graduando/aluno por meio da articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência, oportunizando ao graduando/aluno vivenciar espaços sociais e de serviços em diferentes cenários do sistema de saúde, tendo a prática profissional como elemento central do seu processo de aprendizagem (BRASIL, 2001; 2014a).

---

<sup>18</sup> O termo “clínica” é apontado nas DCNs (BRASIL, 2014a) tanto como “história clínica”, “condição clínica”, “clínica médica”, “prática clínica”, “saberes científicos da clínica”, quanto “clínica ampliada”, que tem como eixo a integralidade da atenção, construída a partir do conceito ampliado de saúde.



Este projeto formativo para a área da saúde tem ainda como proposta metodológica o “aprender fazendo”, ou seja, o modo de o aluno aprender é pela prática. Essa proposta sugere uma “inversão da sequência teoria e (depois) prática na produção do conhecimento, assumindo que esta relação acontece de forma dinâmica por intermédio da ação/reflexão/ação” (BRASIL, 2007), reafirmando a ideia de que o processo ensino aprendizagem precisa estar vinculado aos cenários da prática e deve ocorrer de modo permanente na vida profissional (MITRE *et al.*, 2008).

A proposta de aprender fazendo aparece contemplada no objetivo das DCNs dos cursos de graduação em saúde, propondo que a formação possibilite levar o graduando “(...) a *aprender a aprender* que engloba *aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*” (BRASIL, 2001, p. 4, grifo do original), visando garantir “a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades” (BRASIL, 2001, p. 4). Portanto, essa proposta tornaria possível a formação de um profissional com capacidade para resolver problemas e desenvolver competências e habilidades para trabalhos na perspectiva da integralidade (BRASIL, 2007).

Diante disso, o pensamento construído em torno da mudança do perfil profissional em saúde, da organização curricular e da proposta pedagógica para esse perfil, a partir das DCNs, norteia-se por um modelo de educação fundamentado no interesse de desenvolver competências definidas e orientado pelas necessidades de saúde das pessoas (MITRE *et al.*, 2008). Desta maneira, na formação em nível de graduação, as competências dos profissionais da saúde, de modo geral, desdobram-se em três áreas: atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde. No que se refere à educação em saúde, que interessa diretamente aos propósitos desta dissertação, a competência está conceituada como a corresponsabilização na formação na graduação, continuada e em serviço, de modo autônomo, socialmente responsável e comprometida com a formação dos futuros profissionais (BRASIL, 2014a).

Na formação em saúde, mediante a articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos ao desenvolvimento de uma prática competente, o profissional precisa (BRASIL, 2014a, p. 23-24):

a) “aprender a aprender” continuamente, visando o desenvolvimento de autonomia intelectual;

b) “aprender com/para a interprofissionalidade”, buscando refletir sobre a própria prática e a troca de saberes entre os profissionais de saúde, no sentido de promover a melhoria da atenção e do trabalho em saúde;

c) “aprender com o erro”, utilizando-o, em situações e ambientes protegidos ou em simulações da realidade, como insumo para a aprendizagem profissional e organizacional;

d) “envolver-se na formação”, através de movimentos de transformação e implementação de mudanças no cuidado e na formação de profissionais da área, que deve refletir o compromisso social da prática profissional;

e) “envolver-se com a mobilidade acadêmica e formação de redes”, favorecendo a ampliação das oportunidades de aprendizagem, pesquisa e trabalho, bem como a identificação de novos desafios voltados à identificação e enfrentamento de problemas de saúde da sociedade.

Sob a ótica dos documentos reguladores, a educação constitui “campo do saber que pode aportar muito para a construção de projetos de formação na área” (BRASIL, 2014a, p. 12). A educação, estando no centro do projeto pedagógico da formação em saúde, desde a política pública estabelecida pelo SUS na constituição de 1988 até a elaboração das DCNs para a área em 2001, torna evidente que processos educativos e de educação permanente constituem parte fundamental da organização e operacionalização da saúde, independente do cenário de prática – hospital ou rede de saúde em geral. Diante disso, no momento em que o profissional da saúde adentra o SUS, desde a graduação o processo de ensino aprendizagem constitui o núcleo da sua formação e da sua prática assistencial, pois considera-se que trabalhar com a política pública de saúde, significa trabalhar com formação. O docente dos profissionais da saúde, segundo as DCNs, necessita de reflexões específicas na área da educação e de preparação, que precisa ser constituída “para muito além do que as disciplinas de metodologia do ensino superior e didática que os mestrados e doutorados propiciam” (BRASIL, 2014a, p. 12).

Evidencia-se, portanto, nos documentos oficiais reguladores, que o paradigma da educação que perpassa a formação em saúde em nível de graduação, está voltado ao desenvolvimento de competências e habilidades, cuja proposta metodológica são as metodologias ativas de ensino aprendizagem que ensinam o aluno a aprender fazendo. Nesse paradigma, o profissional da saúde precisa de aperfeiçoamento profissional para além da graduação, através, por exemplo, da residência multiprofissional, enquanto estratégia de excelência para a formação competente em saúde (BRASIL, 2001; MITRE *et al.*; 2008; BRASIL, 2014a; MOHR, 2011; DE-CARLI *et al.*, 2019).

Os documentos reguladores da formação profissional em saúde em nível de graduação indicam a educação por competências e as metodologias ativas como princípios pedagógicos e metodológicos. Todavia, tendem a explicitar superficialmente, em alguns momentos não claramente e a não problematizar em que medida, por exemplo, tais pressupostos formativos

levariam o graduando a alcançar o perfil profissional desejado, compatível com o modelo de atenção à saúde pautado na integralidade.

A terminologia “pedagogia das competências” não está presente claramente nos documentos, mas pode ser derivada pela linguagem utilizada nestes através do uso de expressões como: “currículo orientado para o desenvolvimento de competências”, “competências gerais e específicas”, “competências e habilidades”, “formação de competências a partir do desenvolvimento de habilidades”, “noção de competência”. Na ausência de maiores esclarecimentos conceituais sobre estes princípios pedagógicos e metodológicos, articula-se a proximidade destes aos fins colocados pelo mercado de trabalho, tornando a formação profissional em saúde em nível de graduação uma formação de profissionais para o mercado, o que é evidenciado pela expressão “aprendizagem pelo trabalho” (BRASIL, 2014a).

Reconhece-se a importância de formar profissionais da saúde para o mercado de trabalho, todavia a redução de processos e princípios educativos a esta finalidade na graduação em saúde parece-nos temerosa quando se almeja, para a formação destes profissionais, que sejam qualificados eticamente, “capazes de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença [...] identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes” e, ainda, “capacitados a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano” (BRASIL, 2001). Parece-nos fundamental uma compreensão de educação, princípios pedagógicos e metodológicos ou um paradigma educacional que revele uma compreensão mais ampla de educação para formar profissionais com o perfil desejado.

É justo reconhecer os méritos de uma formação por competências, pois ela auxilia no desenvolvimento de habilidades fundamentais ao profissional da saúde, sobretudo aquelas relacionadas ao desempenho técnico de procedimentos. Não se trata, tampouco, de recusar a proposta como um todo, mas antes mostrar suas limitações para, em seguida, apontar caminhos no sentido de sua ampliação/qualificação. O problema suscitado pela formação por competências diz respeito ao reducionismo desta formação ao âmbito da atuação profissional/técnica, com evidente prejuízo da formação crítico-reflexiva, que também é imprescindível à boa atuação profissional.

Por que a formação por competências acaba sendo uma proposta reducionista de formação? Primeiro porque acaba capturada pelas demandas mais imediatas do mundo do trabalho, transformando o lucro e os resultados nos objetivos mais importantes da atuação. Segundo, porque o modelo pedagógico das competências deixa-se orientar pelo pressuposto da relação sujeito-objeto, assim como o paradigma científico, que também alicerça a formação do

profissional da saúde (MARASCHIN, 2017). Tal paradigma, embora indispensável para a formação e atuação de profissionais da saúde e de preceptores, não é suficiente para dar conta do paradigma da integralidade como modelo para pensar a formação e a atuação na saúde, pois torna de menor importância a dimensão das relações humanas que envolvem esta formação e atuação.

No próximo tópico é abordado o paradigma da educação que fundamenta a formação de profissionais da saúde em nível de residência multiprofissional, para mostrar que também neste nível formativo, a educação, ou ser educador, ou educar, constituem competência a ser adquirida a partir de uma formação pautada, mormente, na pedagogia das competências, nas metodologias ativas de ensino e aprendizagem e no paradigma científico.

### **2.3 Formação de profissionais da saúde em nível de residência multiprofissional: paradigma da saúde e da educação**

A formação do profissional da saúde em nível de residência multiprofissional, como modalidade de pós-graduação *Lato Sensu*, visa favorecer através do “treinamento em serviço” (BRASIL, 2014b) ou do “ensino-serviço” (BRASIL, 2021b) ou da “educação em serviço” (BRASIL, 2022) a inserção qualificada de profissionais especialistas da saúde no mercado de trabalho, especialmente no SUS. Em decorrência dessa premissa, o documento referente à abertura de Programa de Residência em Área Profissional da saúde (BRASIL, 2022) aponta para a necessidade de uma articulação responsável entre a saúde e a educação.

De modo consoante à graduação em saúde, a formação em nível de residência multiprofissional está fundamentada tanto pelo modelo de atenção à saúde orientado pelas diretrizes e princípios do SUS e pela integralidade do cuidado, quanto pelo modelo pedagógico centrado no desenvolvimento de competências. Estes dois modelos ancoram modos possíveis de sustentar uma prática profissional competente, exigida para a formação voltada ao SUS por meio do desenvolvimento de um perfil caracterizado por competências, postura, responsabilidade, ética profissional e trabalho em equipe no âmbito do cuidado (BRASIL, 2014b).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde precisa ser desenvolvido em parceria entre gestores e instituições formadoras<sup>19</sup> em áreas prioritárias do sistema público de

---

<sup>19</sup> De acordo com Resolução CNRMS nº 1, de 21 de julho de 2015, serão habilitadas como proponentes para formação as instituições que se enquadrem em uma das seguintes condições: I. instituição de ensino superior reconhecida por sistema oficial de ensino brasileiro, com cursos de graduação e/ou pós-graduação na área da saúde;

saúde, considerando o modelo de gestão, a realidade epidemiológica, a composição das equipes de trabalho, a capacidade técnico-assistencial e o compromisso com os eixos norteadores da RMS. Portanto, o programa de RMS precisa estar orientado pelos princípios do SUS, de forma a contemplar diretrizes gerais e eixos norteadores, formados por um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, um ou mais eixos integradores para a área de concentração constituinte do programa e eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de modo a preservar a identidade profissional de cada categoria (BRASIL, 2012; 2022).

Essa proposta de formação em serviço tem duração mínima de 2 anos, com carga horária semanal de 60 horas, equivalente a uma carga horária mínima total de 5760 horas de dedicação exclusiva, segundo a resolução do CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014. Dentre as diretrizes gerais, identifica-se a primazia da prática, uma vez que as estratégias educacionais desenvolvidas devem abranger 80% da carga horária total dedicadas a estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, com a garantia da realização de ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social e 20% sob forma de estratégias educacionais teóricas (BRASIL, 2014b).

Define-se como estratégias educacionais práticas aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, obrigatoriamente sob a supervisão do corpo docente assistencial. As estratégias teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o profissional da saúde residente conta com a orientação do corpo docente assistencial e de convidados<sup>20</sup>. As estratégias educacionais teórico-práticas se fazem por meio da simulação em laboratórios, das ações em territórios de saúde e em instâncias de controle social, em ambientes virtuais de aprendizagem, da análise de casos clínicos e das ações de saúde coletiva (BRASIL, 2012; 2014b).

As estratégias práticas, teóricas e teórico-práticas devem necessariamente, além da formação específica voltada às áreas de concentração e categorias profissionais, contemplar

---

II. instituição de pesquisa ou de ciência e tecnologia com autorização da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), para a oferta de cursos de pós-graduação stricto sensu; III. instituição pública, filantrópica ou privada do setor da saúde; IV. serviço de saúde certificado em conjunto pelos setores da educação e da saúde como instituição escola; V. serviço de saúde reconhecido pelo setor da saúde como rede SUS-Escola; VI. instituição ou serviço de saúde que abrigue em caráter permanente e contínuo Programas de Residência Médica, regularmente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Disponível em: [www.gov.br/mec/pt-br/areas-de-atuacao/es/residencia-multi-profissional/resolucoes](http://www.gov.br/mec/pt-br/areas-de-atuacao/es/residencia-multi-profissional/resolucoes). Acesso em: 02 out. 2022.

<sup>20</sup> As estratégias teóricas podem contar com a participação de um convidado com formação e conhecimento voltados à temática abordada. Entretanto, não foram identificadas nos documentos oficiais reguladores da formação em saúde consultados (BRASIL, 2012; 2014b; 2022) exigências - como titulação, por exemplo - para essa participação.

temas relacionados à bioética, à ética profissional, à metodologia científica, à epidemiologia, à estatística, à segurança do paciente, às políticas públicas de saúde e ao SUS (BRASIL, 2014b). Assim, as estratégias educacionais de cada eixo devem considerar o desenvolvimento das competências do residente de modo contínuo no processo de formação, favorecendo

a articulação entre assistência, ensino e promoção da saúde, desenvolvimento de competências em gestão, planejamento, vigilância, atenção, controle social e investigação científica, pautadas na interdisciplinaridade, multidisciplinaridade, desenvolvimento do trabalho em equipes, especializando o residente em sua área de conhecimento e atuação e preservando sua identidade profissional (BRASIL, 2022, p. 61).

Neste nível de formação, o projeto pedagógico<sup>21</sup> também orientado por um currículo que visa o desenvolvimento de competências, tem o propósito de garantir, pautado na noção de clínica ampliada e compartilhada, uma formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2012). A clínica ampliada e compartilhada compreende os saberes humanísticos, que se traduzem na prática da escuta, da construção de vínculos e afetos, considerando a subjetividade, a ética, a singularidade de cada indivíduo, a integralidade do cuidado e a promoção da saúde (BRASIL, 2009). É na mesma direção desta afirmação que se pretende avançar, propondo o diálogo como princípio e postura epistemológica, ética e pedagógica para o preceptor.

Ainda, partindo de uma noção de clínica ampliada e compartilhada atravessada por processos educativos, identifica-se que o profissional residente tem em sua formação o desafio de compreender e atuar nessa perspectiva. Acredita-se que a atuação do profissional residente pautada nessa noção, significa não somente a necessidade de pensar na relação profissional-paciente, mas de pensar na relação pedagógica que se estabelece entre profissional-paciente, preceptor-residente e entre os diferentes profissionais da saúde. Entretanto, na formação dos profissionais da saúde, desde a graduação, geralmente, “não estão presentes elementos e fundamentos pedagógicos que os preparem para sua atividade profissional, na qual [...] o cuidar requer muito de educar” (MOHR, 2011, p. 57).

A metodologia de ensino, conforme consta nos documentos orientadores, deve propiciar a interdisciplinaridade e o trabalho em equipes multiprofissionais, favorecendo o desenvolvimento das competências, de forma a especializar o residente na área de concentração

---

<sup>21</sup> A estrutura e funções envolvidas na implementação do projeto pedagógico dos programas de RMS são elaboradas pela coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), pela coordenação geral do programa, pelo Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (NDAE), docentes, tutores, preceptores e profissionais da saúde residentes (BRASIL, 2012).

do programa e em sua área específica de conhecimento, buscando-se manter sua identidade profissional (BRASIL, 2022). O profissional residente deve ser avaliado com base em seu desempenho, de modo formativo, somativo e focado em competências, conhecimentos, habilidades, através de instrumentos que contemplem atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores estabelecidos no projeto pedagógico e aprovados pela Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)<sup>22</sup> da instituição (Resolução CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014) (BRASIL, 2022).

O residente constitui-se como o profissional com registro no conselho de classe correspondente, que após selecionado por processo seletivo em instituição credenciada pela CNRMS, será admitido em um programa de residência multiprofissional. A finalidade desta é que este profissional adquira competências que lhe irão conferir certificado de especialista, o qual constituirá comprovante hábil para fins legais junto ao sistema federal de ensino e ao Conselho Federal da respectiva categoria profissional, conforme a Resolução CNRMS nº 1, de 3 de março de 2022 (BRASIL, 2022). O profissional residente, ao ingressar num programa de residência, deve, entre outras atribuições,

empenhar-se como articulador participativo na criação e implementação de alternativas estratégicas inovadoras no campo da atenção e gestão em saúde, imprescindíveis para as mudanças necessárias à consolidação do SUS; ser co-responsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço, desencadeando reconfigurações no campo, a partir de novas modalidades de relações interpessoais, organizacionais, ético humanísticas e técnico-sócio-políticas; conduzir-se com comportamento ético [...] no exercício de suas funções (BRASIL, 2012, s./p.; 2014b, s./p.; 2022, p. 29-30).

Conforme consta no Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, o profissional em formação na modalidade de ensino-serviço, conta com a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional (BRASIL, 2021b). Nesta modalidade de formação, a exigência de titulação de mestre constitui-se exclusiva para coordenadores, tutores e orientadores de Trabalho de Conclusão de Residência (TCR). A supervisão permanente do treinamento do profissional residente deverá ser realizada por um corpo docente assistencial formado pelo tutor, preceptor e docente de eixo teórico. O tutor tem a função de

---

<sup>22</sup> A instituição proponente de programas de residência em área profissional da saúde deverá constituir e implementar uma única Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), que deverá funcionar com regimento próprio. Como instância de caráter deliberativo que constituirá um colegiado, tem como atribuições: a) Coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento de todos os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e/ou uniprofissional da instituição proponente. b) Acompanhamento do plano de avaliação de desempenho dos profissionais de saúde residentes. c) Definição de diretrizes, elaboração de editais e condução do processo seletivo de candidatos (BRASIL, 2022).

orientar academicamente os preceptores e residentes, nas estratégias teóricas, práticas e teórico-práticas. O docente, dentre suas atribuições, tem a função de participar do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no projeto pedagógico, e articular junto ao tutor, mecanismos de estímulo para a participação de preceptores e residentes em atividades de pesquisa e projetos de intervenção (BRASIL, 2012; 2014b; 2022).

O profissional preceptor constitui-se como o “*orientador* de referência para o profissional residente no desempenho das atividades práticas [...] vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde, caracterizando-se pela supervisão direta destas atividades [...]” (BRASIL, 2012, grifo nosso). Portanto, a formação de profissionais da saúde “nos cenários de prática do SUS, faz emergir a figura do preceptor e da preceptoria como modalidade de ensino baseada nos saberes experienciais” (PAULA; TOASSI, 2021, p. 137). Diante disso, nos tópicos seguintes, considerando o propósito desta investigação de colocar em questão a formação pedagógica do preceptor, serão elucidadas as características da atuação do preceptor nesta modalidade de formação ensino-serviço, centrando esforços na identificação das características profissionais e pedagógicas que o destacam como orientador de referência no ensino em saúde.

#### **2.4 Características profissionais e pedagógicas da atuação do preceptor na modalidade ensino-serviço de formação**

Na Residência Multiprofissional em Saúde, para realizar a orientação do profissional residente na prática, o preceptor precisa estar vinculado à instituição formadora ou executora do programa de RMS, atuando na atenção assistencial ao paciente. Este precisa ter formação mínima de especialista, sendo somente exigida a titulação de mestre no caso de orientar Trabalho de Conclusão de Residência (TCR). Precisa, ainda, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, se fazer presente no cenário de prática e atender aos critérios estabelecidos no projeto pedagógico da residência de cada programa em específico (BRASIL, 2012; 2022). Conforme os documentos oficiais reguladores da formação em nível de residência multiprofissional, o preceptor, como *orientador* de referência, deve

- I.** acompanhar o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;
- II.** orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do projeto pedagógico;
- III.** elaborar, com suporte do(s) tutor(es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;



**IV.** facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;

**V.** participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;

**VI.** identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no projeto pedagógico do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário;

**VIII.** participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão;

**IX.** proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral;

**X.** participar da avaliação da implementação do projeto pedagógico do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

**XI.** orientar e avaliar os TCR do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU, respeitada a exigência mínima de titulação de mestre (BRASIL, 2012, s./p.; 2022, p. 24-26).

Em relação às características pedagógicas necessárias ao exercício da preceptoria, a configuração metodológica da RMS, que pode variar entre um programa e outro, e ainda que estruturado com base em diretrizes gerais indicadas na resolução do CNRMS, aponta que o profissional preceptor necessita de competências e habilidades para *orientar* o profissional residente no processo de formação em serviço (BRASIL, 2012). Embora se faça presente a consciência de que a formação do profissional preceptor pode ocorrer de diferentes modos, a depender da formulação e implementação de políticas, tanto da esfera pública e do apoio institucional dos programas, como do movimento intelectual e prático próprios do preceptor, torna-se necessário destacar quatro aspectos relacionados à qualificação deste no ensino em saúde:

1) os documentos oficiais que regulam a formação em nível de RMS não explicitam qual é a concepção de “preceptor” ou de “preceptoria”; tal definição ocorre segundo a necessidade de cada programa de RMS (AUTONOMO *et al.*, 2015). Também não consta nesses documentos, a preparação para a docência ou a participação em cursos voltados à área específica da educação, como exigência ao preceptor para o exercício da preceptoria (BRASIL, 2012; 2014b; 2022);

2) na esfera da política pública de formação da preceptoria para o SUS, essa formação pode ocorrer através de cursos de especialização de abrangência nacional, promovidos por hospitais participantes do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021b). A participação do profissional preceptor nesses cursos ocorre mediante indicação dos gestores da instituição

executora do programa de RMS e seleção realizada pelo PROADI-SUS, a partir de um processo que inclui a análise do memorial reflexivo da trajetória profissional, currículo e uma declaração de disponibilidade, interesse e liberação do gestor para participar da respectiva iniciativa (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2021);

3) na esfera do apoio institucional – instituição formadora –, consta nas diretrizes gerais indicadas aos programas de RMS (BRASIL, 2012), que ao coordenador compete constituir e promover a qualificação do corpo de docentes, tutores e preceptores, sendo que o tutor deve participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores;

4) considerando que o preceptor precisa de competências e habilidades para *orientar* o profissional residente no processo de formação em serviço (BRASIL, 2012), evidencia-se nos documentos oficiais reguladores que o modelo de educação adotado para a formação do preceptor nos cursos de especialização está pautado na aquisição de um perfil de competências, possível de ser adquirido por meio das metodologias ativas de ensino aprendizagem (BRASIL, 2021b).

O Plano Nacional de Fortalecimento da Residências em Saúde (BRASIL, 2021b), através do eixo “Valorização Ensino-Assistencial”, expressa o objetivo de fortalecer a competência técnica, a produção científica e a integração entre ensino e serviço na atuação do preceptor na formação do residente. O DGPSUS/HSL (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2021), enquanto projeto público vinculado a esse plano de fortalecimento, visa a qualificação dos programas de residência em saúde e da preceptoria de residentes no SUS, assim como da qualificação do cuidado, por meio de iniciativas educacionais e intervenções no contexto real do mundo do trabalho. A Especialização em Preceptoria no Sistema Único de Saúde (PSUS) com o objetivo de contribuir para a articulação entre ensino-serviço de saúde do SUS no sentido de aproximar a formação ao contexto de realidade, busca

Capacitar profissionais de saúde na abordagem socioconstrutivista da educação, com ênfase na *facilitação* de processos educacionais na saúde que utilizam metodologias ativas de ensino-aprendizagem, visando à qualificação da preceptoria. Estimular a valorização do exercício da preceptoria e da construção da identidade do preceptor como um *facilitador* de aprendizagem comprometido com a transformação da realidade (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2021, p. 57, grifo nosso).

A proposta de qualificação da preceptoria está assentada em teorias e explicações que orientam a educação, com base no sociointeracionismo pressuposto por Lev Vygotsky (1896-1934), no pensamento do sujeito como produtor de conhecimento e de cultura, e na relação dialógica entre educador e educando oriunda de Paulo Freire (1921-1997), na teoria da aprendizagem significativa de Ausubel (1918-2008) e em John Dewey (1859-1952), no sentido de apoiar as atividades educacionais do curso de especialização na aprendizagem reflexiva, “uma vez que as atividades curriculares se sustentam na experiência dos sujeitos, e esta permite transformação dessa experiência” (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2021, p. 28).

A construção da identidade do preceptor do ensino em saúde como um *facilitador* de aprendizagem neste curso de especialização está contextualizada em diferentes eixos, sendo destacado o eixo da “Educação na Saúde para Preceptores no SUS”. Neste eixo, dentre os macroproblemas identificados, destaca-se o modelo hegemônico de educação centrado na formação tecnicista e conteudista, que reflete a fragilidade na formação pedagógica do preceptor para proporcionar o alcance do perfil esperado para os residentes, estabelecido no projeto pedagógico da RMS (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2021). Diante disso, se estabelece o perfil de competência do preceptor – formado pelas ações e desempenhos – para três áreas de competência de saúde: atenção à saúde e preceptoria, gestão do trabalho e da educação na saúde e formação Profissional e Produção de Conhecimento em Saúde”. Em relação à área de formação profissional e produção do conhecimento, o preceptor é aquele que:

### **1. Identifica necessidades de aprendizagem**

1.1. Promove a identificação de necessidades e oportunidades de aprendizagem dos estudantes, da equipe, das pessoas e famílias atendidas a partir da reflexão sobre as práticas de saúde e de gestão do trabalho e da educação na saúde, respeitando os diferentes tempos de aprendizagem, culturas e valores.

1.2. Identifica suas próprias necessidades de aprendizagem como profissional e preceptor, a partir da reflexão sobre as suas práticas.

### **2. Desenvolve ações Educacionais no exercício da preceptoria**

2.2. Promove a educação pelo exemplo e atua como facilitador de aprendizagem de educandos e da equipe em que atua e dos demais atores, incentivando a inovação e a melhoria da qualidade das práticas.

2.3. Estimula a curiosidade, a independência intelectual e o desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre o cotidiano do trabalho em saúde. Favorece a utilização de experiências e vivências na construção de pontes com os disparadores de aprendizagem. Estimula a busca de evidências científicas e de melhores práticas, favorecendo a análise crítica de informações e a capacidade de aprender ao longo da vida.

### **3. Avalia os processos educacionais no exercício da preceptoria**

3.1. Promove a cultura de avaliação de programas educacionais desenvolvidos no contexto do SUS, visando a potencialização da preceptoria e da integração ensino-serviço-comunidade para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e da educação no trabalho.

3.2. Monitora e avalia processos, produtos e resultados das atividades educacionais realizadas no exercício da preceptoria, sistematizando os aspectos a melhorar, os desafios e conquistas.

3.3. Faz e recebe críticas de modo ético, orientado à construção de significados, utilizando acertos e erros como insumos para a aprendizagem profissional, organizacional e para o exercício reflexivo da preceptoría.

**4. Apóia a produção de conhecimentos e inovações em saúde e educação**

4.1. Promove a utilização e a avaliação de inovações tecnológicas de processos e de produtos em saúde e em educação na saúde, estimulando uma prática transformadora na atenção à saúde e na educação.

4.2. Identifica necessidades de novos conhecimentos a partir da realidade e dos desafios do trabalho em saúde e da formação profissional em serviço.

4.3. Participa e estimula a participação dos estudantes e da equipe na produção científica ou tecnológica em saúde, assentada em princípios ético-científicos e orientada pelas necessidades de saúde das pessoas e da coletividade, de fortalecimento do SUS e melhoria dos processos de formação em serviço.

4.4. Favorece e apoia processos de disseminação e compartilhamento de saberes, orientados ao desenvolvimento de competência dos educandos e à melhoria da qualidade de saúde da população (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2021, p. 62, grifos do original)

O PROADI-SUS aponta na apresentação do curso de Especialização em Preceptoría Médica e Multiprofissional na área da Saúde, o preceptor como o profissional competente na sua área de atuação. Este precisa ser ético, reflexivo, humanista e capacitado a formar profissionais em serviço, com uma visão crítica do seu papel social como educador (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2021). Todavia, considerando tal perfil exigido ao preceptor segundo o DGPSUS/Hospital Sírio-Libanês (2021) e Hospitais PROADI-SUS (2021), o não esclarecimento na legislação oficial da formação em nível de residência multiprofissional sobre o que significa orientar um residente (BRASIL, 2012; 2014b; 2022) e as diferentes denominações e funções atribuídas ao preceptor que orienta, identificadas na literatura relacionada ao tema, nos provoca a questionar: o que faz quem *orienta* um residente? Que ações desenvolve o preceptor no *exercício de orientação* do residente? Como se deve *orientar* um residente para que este chegue a desenvolver uma postura humanista, crítica, solidária, compatível com as propostas do paradigma da integralidade e com os princípios do SUS? Ainda, como se deve *facilitar* o desenvolvimento dessa postura?

Para Ribeiro e Prado (2014), assim como para Arnemann (2018), a figura do preceptor vem ocupando papel de destaque nas instituições assistenciais, por proporcionar situações de aprendizagem aos residentes. Entre as características marcantes que habilitam a atuação do preceptor no ensino em saúde, devem estar o conhecimento e a habilidade em desempenhar procedimentos clínicos (BOTTI; REGO, 2008). Na literatura relacionada ao tema da formação e exercício da preceptoría do ensino em saúde, acrescenta-se à função de *orientar* e *ensinar* a clínico, próprias do preceptor (BOTTI; REGO, 2008), a função de *estimular/encorajar* mais do que *ajudar* ou *facilitar* os estudantes no desenvolvimento das atividades práticas, para o qual se faz necessário um ambiente acolhedor (MONTEIRO; LEHR; RIBEIRO, 2011).

Estando no papel de profissional da prática, o preceptor deve *conduzir* o processo de ensino-aprendizagem e transformar as atividades desenvolvidas no âmbito do trabalho em momentos educacionais (RIBEIRO; PRADO, 2014). As situações de aprendizagem proporcionadas pelo preceptor ao residente, faz com que “intervenções e condutas sejam exercitadas, refletidas, transformadas e apreendidas de modo satisfatório durante o processo de formação, tornando a preceptoria uma prática educativa” (ARNEMANN, 2018, p. 1636).

Giroto (2016) analisou a percepção de preceptores do SUS sobre seu papel nos processos educacionais, com uma amostra de conveniência, nas cinco regiões do Brasil. Os preceptores referiram desempenhar papel de *modelo, tutor, orientador, supervisor e mentor* no desenvolvimento das suas atividades junto aos alunos. A atividade da preceptoria pode ser traduzida, nesse sentido, na relação de aprendizado entre preceptor e aluno que ocorre no campo de prática, por meio das metodologias ativas de aprendizagem, de modo a desenvolver a capacidade de refletir para interagir com a realidade.

Carrenho (2020) realizou um estudo qualitativo analisando a prática pedagógica em serviço, de profissionais egressos do curso de pós-graduação em Preceptoria no SUS (2017) – tendo como princípio metodológico o currículo por competência e as metodologias ativas – realizado pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP/HSL) em parceria com o Ministério da Saúde. Identificou-se que os preceptores, além de manterem uma boa relação com os estudantes, entenderam seu papel de preceptor como sendo um *articulador, mentor, tutor, orientador, supervisor, exemplo* (CARRENHO, 2020, grifo nosso). Todavia, o autor aponta que os preceptores egressos relataram dificuldades de conduzir as práticas pedagógicas orientadas pelo curso devido à alta demanda de serviços na rede de saúde. Esse fator compromete a atuação do preceptor, dificultando o exercício de uma boa preceptoria (CARRENHO, 2020).

Conforme Autonomo *et al.* (2015, p. 320, grifo do autor), ainda que os conceitos de preceptor constituam-se distintos, a maioria deles apresenta um componente implícito de caráter pedagógico e busca uma identificação nas consagradas imagens do formador: “docente-clínico”, “educador”, “facilitador”, “apoiador pedagógico”. Os autores identificam que os documentos oficiais não evidenciam o entendimento que se tem por preceptor ou preceptoria – podemos complementar aqui, um entendimento para além da suas funções –, e mesmo ao considerarem que tal definição ocorre segundo a necessidade de cada programa de RMS, indicam a exigência de que os programas de residência ou de graduação os definam. Apontam assim que a atividade de preceptoria seja definida com base na atuação do preceptor pautada na

clareza dos objetivos do seu trabalho e no modo pedagógico de colocá-los em prática (AUTONOMO *et al.*, 2015).

Para Teixeira *et al.* (2022, p. 78, grifo nosso), o preceptor exerce “o papel de *educador*, estabelecendo uma relação de diálogo, ensino e aprendizado, pois participa efetivamente do processo educativo e de formação do residente”. Na percepção dos autores, como educador, o preceptor atua como um *mediador* no processo de aprendizagem, precisando “mobilizar saberes e estratégias que lhe permitam conduzir tal processo, pois não basta apenas dominar o conhecimento especializado do conteúdo ou uma prática, é preciso saber ensinar de forma a ser compreendido”, além de mediar os aspectos teórico/práticos do processo formativo, “por meio de sua prática clínica, levantando problemas e instigando a busca de explicações” (TEIXEIRA *et al.*, 2022, p. 79). Portanto, os autores entendem que a contribuição mais significativa da preceptoria, seja oferecer suporte pedagógico aos residentes durante “o processo de desenvolvimento de competências e habilidades necessárias ao trabalho em saúde” (TEIXEIRA *et al.*, 2022, p. 79).

Botti e Rego (2008), analisaram o significado das diferentes denominações dadas à função de *acompanhar* e *orientar* os profissionais em formação na área da saúde, buscando entender os pressupostos pedagógicos relacionados, para uma melhor fundamentação dessa função. Os autores esclarecem que embora tratem especificamente do caso da residência médica, a reflexão realizada acerca dos conceitos de tutor, mentor e preceptor também se aplica às residências multiprofissionais em saúde. Considerando a atuação da preceptoria como núcleo dessa dissertação, destacam-se os papéis e requisitos atribuídos ao preceptor identificados pelos autores. Para os principais papéis de “*ensinar* a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas” e o de “*integrar* os conceitos e valores da escola e do trabalho”, a partir de situações clínicas reais no próprio ambiente de trabalho, definem-se o “conhecimento e habilidade em desempenhar procedimentos clínicos e a competência pedagógica” como principais requisitos da atuação do preceptor (BOTTI; REGO, 2008, p. 370).

A competência técnica não dissociada da competência pedagógica vem sendo apontada como necessária à atuação do preceptor do ensino em saúde na formação do profissional residente (BOTTI; REGO, 2008; MOHR, 2011; RIBEIRO; PRADO, 2013; GIROTTO, 2016; ARNEMANN *et al.*, 2018; PAULA; TOASSI, 2021). Para Mohr (2011, p. 57) a competência pedagógica “significa conhecimentos e reflexões envolvidos no ato de ensinar”, sendo necessária ao preceptor, para que possa compreender, planejar e realizar ações educativas. Tal competência “não seria trivial ou inata”, ou seja, “aprende-se a ser professor, da mesma forma como se aprende a ser médico, engenheiro ou agrônomo”, ou a ser enfermeiro, fisioterapeuta,

farmacêutico, psicólogo, etc. Ainda, segundo a autora, a competência pedagógica entendida por meio do modelo da racionalidade técnica – o professor visto como um técnico, especialista, que aplica na sua prática a rigorosidade do conhecimento científico e pedagógico –, é dependente/resultante meramente dos conhecimentos técnicos do campo de atuação profissional (MOHR, 2011).

A competência pedagógica, dentre outros elementos, relaciona-se ao papel de modelo assumido pelo preceptor e ao seu *bom desempenho* no processo formativo em saúde. Neste papel o preceptor precisa demonstrar competência adequada à sua prática profissional, e o *bom desempenho* parece ter associação direta com o papel de docente que desempenha nas atividades pedagógicas na preceptoría (GIROTTTO, 2016). Para Monteiro, Lehr e Ribeiro (2011, p. 17), “o preceptor atua como exemplo de conduta técnica e eticamente correta [...] tudo que faz o preceptor aos pacientes sob seus cuidados está sendo tomado como exemplo para os estudantes em formação que o acompanham”. O preceptor serve, portanto, de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal, auxiliando na formação ética dos novos profissionais (AUTONOMO *et al.*, 2015). Aqui, surge o questionamento sobre a noção de desempenho. De que desempenho está se falando? Um bom desempenho, a partir do que a literatura indica, parece ser o resultado exigido a um preceptor. O que significa para o preceptor ter um bom desempenho? O que faz, como age um preceptor que tem um bom desempenho pedagógico?

Portanto, o preceptor é identificado como o profissional do serviço de saúde que “*orienta, media, integra, acompanha, supervisiona, aconselha, escuta, demonstra, explica, forma, conscientiza e avalia*” o profissional residente (PAULA; TOASSI, 2021, p. 125, grifo nosso), como educador precisa *mediar* o desenvolvimento de competências e habilidades (TEIXEIRA *et al.*, 2022), carece de formação pedagógica (RIBEIRO, 2011; RIBEIRO; PRADO, 2013; AUTONOMO, *et al.*, 2015; GIROTTTO, 2016; ARNEMANN *et al.*, 2018; CARRENHO, 2020; PAULA; TOASSI, 2021; HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2021) e, ainda, necessita demonstrar competência adequada à sua prática profissional e um bom desempenho (GIROTTTO, 2016). Todavia, a problematização em torno da formação do preceptor do ensino em saúde, tendo como modelo educacional a pedagogia das competências e a metodologia ativa de ensino-aprendizagem, se faz diante da exigência da proposta de formar um profissional comprometido com a transformação de realidades, por meio do desenvolvimento da ética, do cuidado interdisciplinar e das relações humanas, tomadas como competências e habilidades e, ainda, passíveis de serem treinadas.

Parece temerosa uma proposta de formação do preceptor como um facilitador sem que seja explicitada de forma mais clara nos documentos e na literatura o significado desta noção

de preceptor como facilitador da aprendizagem. A linguagem da aprendizagem (BIESTA, 2017) é amplamente dominante: fala-se da aprendizagem do residente, da mediação da aprendizagem por parte do preceptor, etc. Essa abordagem parece dar conta do domínio da qualificação, do desempenho técnico, mas pouco ou nada esclarece sobre o domínio da subjetivação e socialização, ou seja, da formação do sujeito e de sua inserção em um contexto social mais amplo. Fala-se em ética, mas não se aprende a ser ético como se aprende um conteúdo, um procedimento ou uma competência, pois parte-se da perspectiva de que para nos tornarmos éticos faz-se necessário um processo de transformação do nosso modo de “ser”. Diante disso, a ausência de maior esclarecimento nos documentos oficiais reguladores da formação do preceptor do ensino em saúde na residência multiprofissional, fomenta desdobramentos pedagógicos, epistemológicos e éticos na formação do profissional residente, em perspectiva humanizadora e ampliada do ponto de vista do paradigma da integralidade.

Os documentos revelam a pedagogia das competências como modelo pedagógico para a formação de preceptores, o que permite a problematização deste modelo no sentido de indagar sobre os limites desta perspectiva pedagógica na direção de considerar não apenas a formação do profissional do ponto de vista técnico e científico, mas também humano e social. A formação pedagógica do preceptor do ponto de vista técnico e científico é indispensável, mas não suficiente para dar conta das relações humanas - relação sujeito-sujeito, e não sujeito-objeto - que também envolvem esta formação e atuação. Alguns questionamentos podem auxiliar no esclarecimento desta condição, tais como: a) o que é um profissional preceptor do ensino em saúde competente e/ou sábio?; b) competência, ética, sabedoria são sinônimos nesse caso?; c) o preceptor competente é aquele que sabe aplicar bem o conhecimento técnico-científico, seja na assistência ao paciente seja no ensino do profissional residente?; d) o que é aplicar bem o conhecimento técnico-científico?; e) o que confere sabedoria prática para o profissional da saúde, seja na assistência ou no ensino em saúde? f) os anos de experiência prática conferem ao profissional preceptor sabedoria ou competência?; d) o que leva alguém a ser competente em termos profissionais na saúde, se tomarmos o conceito de ser competente, como alguém com bom desempenho técnico e que erra pouco?; e) o preceptor competente pedagogicamente é aquele que pauta unicamente a relação com o residente em conhecimentos científicos?

O questionamento e a preocupação centrais, nessa direção, apontam para o componente humano e ético da formação do profissional e do preceptor do ensino em saúde, preocupação esta, ancorada na noção de clínica ampliada e compartilhada. O terceiro capítulo pretende revelar um fundamento dialógico, em sentido hermenêutico, para pensar e propor uma pedagogia ampliada, que considera o paradigma científico e a pedagogia das competências,



ampliando-os sem negá-los, para a preceptoria. Esta proposta de ampliação para a formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde em nível de residência multiprofissional se ancora na noção de diálogo em sentido hermenêutico como proposto por Hans-Georg Gadamer. Porém, antes de tratar mais diretamente das noções de diálogo, torna-se necessário compreender o panorama da hermenêutica filosófica proposta por Gadamer, sob três dimensões: 1) como princípio epistemológico, 2) como princípio ético e 3) como princípio pedagógico/formativo, os quais se efetivam por meio do diálogo, trabalho a ser realizado no próximo capítulo.

### **3 HERMENÊUTICA GADAMERIANA COMO PRINCÍPIO EPISTEMOLÓGICO, ÉTICO E PEDAGÓGICO**

Este segundo capítulo tem como objetivo apresentar a hermenêutica gadameriana enquanto princípio epistemológico, ético e pedagógico, de amplo alcance para uma formação pedagógica ampliada de preceptores, para além da perspectiva conteudista, tecnicista, cientificista e competente como aquele que sabe aplicar bem as regras do conhecimento científico. No primeiro tópico, são apresentadas concepções introdutórias sobre a hermenêutica filosófica Hans-Georg Gadamer, no sentido de revelar, ainda que de forma breve, as etapas históricas de sua evolução enquanto teoria filosófica, bem como os traços históricos considerados fundamentais para a compreensão de como foi pensada e constituída a hermenêutica em contraposição ao cientificismo. No segundo tópico, são apresentados os elementos que constituem a hermenêutica enquanto princípio epistemológico. No terceiro, os aspectos que a constituem como princípio ético, para então, no quarto tópico, revelar aqueles que a constituem como princípio pedagógico/formativo.

#### **3.1 A hermenêutica gadameriana: concepções introdutórias**

A perspectiva hermenêutica proposta por Hans-Georg Gadamer se desenvolveu enquanto pensamento ou corrente teórico-filosófica ao longo dos séculos. Tomada como arte da interpretação (GRONDIN, 1999) desde sua aceção na mitologia grega, tem em seu percurso histórico compreensões oriundas do campo teológico, jurídico, filológico e filosófico. A influência recebida da teologia diante dos problemas e conflitos relacionados à exegese [interpretação] da Sagrada Escritura [Bíblia], no século XVI, culminou em posterior preocupação com os aspectos metodológicos da interpretação quanto à legitimidade da palavra. De tal modo que no século XIX a hermenêutica tem sua compreensão delineada enquanto método, estando o núcleo dessa compreensão restrito à interpretação de textos, representada por filósofos como Friedrich Schleiermacher (1768-1834), Wilhelm Dilthey (1833-1911) e Friedrich Wilhelm Nietzsche (1844-1900) (FLICKINGER, 2014).

Segundo Grondin (1999), embora a hermenêutica filosófica tenha sido perspectiva eventual do pensador e filósofo francês Paul Ricoeur (1913-2005), e Schleiermacher e Dilthey tenham contribuído na discussão em torno do problema da hermenêutica na filosofia, é Hans-Georg Gadamer que se configura como pensador expoente da hermenêutica enquanto uma postura filosófica. Ainda que a compreensão dessa perspectiva tenha relação com o pensamento

de Martin Heidegger (1889-1976), sobretudo em sua analítica existencial, Grondin (1999, p. 24, grifo do autor) apoiado em Heidegger, afirma que “a ‘filosofia hermenêutica’ é coisa de Gadamer”.

A dimensão ontológica heideggeriana conferiu um entendimento novo para a hermenêutica, legitimada posteriormente, por Hans-Georg Gadamer, como uma postura filosófica, que se construiu diante de um olhar mais ampliado e profundo do qual o filósofo se ocupou, no que tem relação com a finalidade da hermenêutica não mais reduzida a método de interpretação de textos. A hermenêutica, dentre outras correntes teóricas e filosóficas no debate contemporâneo da pedagogia perante a racionalidade instrumental e objetificadora, surge como experiência universal da abordagem humana de mundo, também válida como base das próprias ciências naturais. Ou seja, da dimensão ética do conhecer e do saber humano, imbuída da experiência de linguagem e compreensão como acontecimento histórico, existencial e subjetivo (FLICKINGER, 2010).

Nas obras *Gadamer e a Educação* (2014) e *A caminho de uma pedagogia hermenêutica* (2010), Hans-Georg Flickinger realizou um percurso de retomada do desenvolvimento histórico da hermenêutica até a perspectiva gadameriana. Na primeira obra, Flickinger resgata, dentre outros aspectos, as quatro etapas históricas que constituíram a perspectiva conceitual da hermenêutica. Na segunda, o autor retoma elementos fundamentais do pensamento gadameriano, contrastantes aos princípios de objetificação e instrumentalização de orientação cartesiana, que encara a epistemologia racionalista como meio intransponível e seguro de se chegar ao conhecimento. Esses elementos estão contemplados no debate acerca da despotencialização do sujeito dominador, da necessidade da função produtiva do distanciamento, do reconhecimento da própria ignorância, do reconhecimento do outro e da revalorização do escutar.

A hermenêutica enquanto postura filosófica dedica-se ao processo interpretativo que nunca chega a verdades definitivas, sendo que sua condição ética e dialógica está sempre a caminho de novos sentidos numa constante tensão entre a experiência ontológica e a atividade reflexiva. Partindo da perspectiva hermenêutica gadameriana, enquanto modo de assumir-se e colocar-se num movimento ético e dialógico de compreensão e interpretação dos acontecimentos do mundo (FLICKINGER, 2010; 2014), serão apresentadas brevemente as fases históricas da constituição da hermenêutica para, então, no tópicos seguintes, apresentá-la como princípio epistemológico, ético e pedagógico.

### *3.1.1 Da mitologia grega à filosofia hermenêutica de Heidegger*

A hermenêutica compreende traços históricos elementares para o entendimento de como foi pensada e constituída, sobretudo, a partir do século XX. Na mitologia grega, a tarefa conferida ao semideus Hermes era a de mensageiro/tradutor das mensagens dos deuses aos humanos. Hermes, ao realizar a intermediação entre o mundo divino e o mundo humano - duas esferas demasiadamente diferentes, tanto em linguagem quanto em compreensão - atuava como mediador de significados. Esse papel não se configurava em uma simples transmissão de informações, mas em um movimento de interpretação do significado das mensagens, o que lhe exigia tentar torná-las compreensíveis à linguagem dos mortais. A tarefa de traduzir revela-se, desse modo, não como uma simples comunicação de conteúdo, mas como exigente “de inserir a mensagem traduzida no horizonte de entendimento de quem a recebe” (FLICKINGER, 2014, p. 11).

Do nome do semideus Hermes, que significa, entre outros, “marcador de fronteira”, deriva a palavra hermenêutica, a qual foi se desenvolvendo ao longo de quatro etapas históricas, retomadas por Flickinger (2014), até sua compreensão enquanto hermenêutica filosófica: 1) a retórica grega 2) a teologia medieval, 3) o seu reconhecimento como método legitimador da veracidade nas ciências humanas e sociais e 4) a reviravolta moderna quanto ao seu entendimento.

A primeira etapa de compreensão da perspectiva hermenêutica consistiu no retorno de Gadamer ao pensamento grego clássico, impulsionado pela origem da filosofia pré-socrática, dos diálogos platônicos e da arte maiêutica de Sócrates. Essa volta à filosofia grega constituiu o aspecto central do seu trabalho filosófico, sendo Sócrates concebido como a figura paradigmática da prática hermenêutica. Segundo Gadamer, Sócrates recebeu influência de caráter maiêutico na realização de processos considerados endógenos e naturais, tanto do modo de educação quanto da postura profissional da sua mãe – parteira, a qual cabe apoiar o processo natural do parto – e de seu pai – escultor, que procura tornar visível as diferentes formas já presentes na pedra bruta (FLICKINGER, 2014).

A maiêutica tem a ver, portanto, com a ativação de um potencial ainda oculto no interior do sujeito, e Sócrates agia maieuticamente quanto “ajudava seus interlocutores a alcançar um saber que já estava presente neles, só que esquecido e não ativado”, na busca do saber verídico (FLICKINGER, 2014, p. 17). Segundo Flickinger (2014, p. 17, grifo do autor), “inspirado em Sócrates, Gadamer também buscava levar o interlocutor a ‘re-conhecer’ [...] os enganos e erros que deformam seu saber prévio”, que para o filósofo representa “uma das finalidades mais

nobres do diálogo”. Sócrates voltava-se contra a argumentação persuasiva, artilosa e instrumentalizadora dos sofistas.

A segunda etapa histórica corresponde a apropriação compreensiva da hermenêutica pela igreja católica e a posterior desvinculação desta por Martinho Lutero (1483-1546), uma das figuras centrais da Reforma Protestante. A influência recebida da teologia esteve associada aos problemas e conflitos relacionados à exegese (interpretação) das Sagradas Escrituras (Bíblia) no século XVI. O modo de tradução da palavra divina ao homem foi alvo de conflito entre a Igreja, que queria impor suas diretrizes à interpretação das Sagradas Escrituras, e o reformador Martinho Lutero (1483-1546), contrário à esta imposição, para quem o texto bíblico deveria ser interpretado livremente a partir do questionamento próprio de quem o consultasse, ou seja, a interpretação e a busca por respostas às próprias perguntas deveriam acontecer no confronto direto com os textos sagrados (FLICKINGER, 2014). Flickinger (2014, p. 18-19) aponta que na teologia “[...] prevalecia a preocupação com a interpretação de textos escritos, mais precisamente, de escritos considerados clássicos ou sacrossantos”. Aponta, ainda, que “questionavam-se em primeira linha, aspectos metodológicos de interpretação, a fim de garantir a veracidade do conteúdo final, elaborado nesse processo”.

Posteriormente, essa preocupação com os aspectos metodológicos da interpretação quanto à legitimidade da palavra, configurou a terceira etapa histórica da hermenêutica. No século XVIII, foi utilizada pela primeira vez como conceito técnico envolvida em debates acerca dos métodos adequados para legitimar o conhecimento científico moderno. A referência à hermenêutica, nesse contexto, a tomou de antemão como um tipo específico de procedimento científico para as ciências humanas e sociais, em oposição ao método experimental típico das ciências naturais, considerado objetificador, ou seja, “[...] um método que não consente qualquer influência da pessoa do investigador na investigação” (FLICKINGER, 2014, p. 20).

Por mais plausível que parecesse às ciências humanas e sociais, a adoção por elas do método das ciências naturais não seria adequado, pois nos problemas abordados pelas ciências humanas e sociais “a pessoa do cientista encontra-se necessariamente envolvida na área de sua investigação” (FLICKINGER, 2014, p. 20). A história, a linguagem e o pertencimento ao todo social investigado, são exemplos dessa condição de envolvimento do cientista na investigação, reconhecida pelas ciências humanas e sociais. O historiador, nessa condição, faz parte da história e da interpretação da realidade social investigada. E o mesmo ocorre com a linguagem, que expressa o pensamento ou o diálogo “fora do qual não se pode sequer pensar.

Qualquer comunicação seria impossível se não vivêssemos dentro da linguagem enquanto referencial pressuposto comum” (FLICKINGER, 2014, p. 20).

Assim que recuperada a consciência da diferença entre as ciências naturais e as ciências humanas e sociais, a hermenêutica passou a ser configurada como autêntico método científico, tendo no teólogo e filósofo Schleiermacher, bem como nos filósofos Dilthey e Nietzsche, seus principais representantes. Segundo Flickinger (2014), o movimento favorável à autenticidade do método científico nas ciências humanas e sociais resultou numa incoerência. Por mais que essa oposição à metodologia objetificadora das ciências naturais tivesse impulsionado a articulação da nova autoconsciência metodológica das ciências humanas, a interpretação da hermenêutica como método, acabou sendo fortalecida. Assim, no século XIX, a hermenêutica tem sua compreensão definida enquanto método, na qual o núcleo da preocupação se restringiu à interpretação de textos. Essa compreensão também recebeu críticas em contraponto à instrumentalização meramente metodológica, privilegiada nas ciências naturais (FLICKINGER, 2014).

As críticas tecidas à hermenêutica enquanto método, configuraram a fundamental virada no seu entendimento no início do século XX. A reviravolta que definiu a quarta etapa do percurso histórico da hermenêutica foi marcada pela ruptura com a orientação da fenomenologia de Edmund Husserl (1859-1938) e pela guinada ontológica produzida por Heidegger. A posição heideggeriana abalou os debates filosóficos da época acerca das condições existenciais do ser humano na história, no tempo e na linguagem, contrapondo-se tanto à filosofia do Iluminismo – que defendia a ideia de autofundamentação da razão humana – quanto à metafísica, que pressupunha a existência de verdades objetivas transcendentais à historicidade humana (FLICKINGER, 2014, p. 22).

A dimensão ontológica, elaborada principalmente com base na analítica existencial de Heidegger, configurou a compreensão moderna da hermenêutica, posteriormente legitimada como hermenêutica filosófica por Hans-Georg Gadamer. Discípulo e crítico de Heidegger, Gadamer reconheceu a fundamental influência da filosofia hermenêutica heideggeriana em liberar a hermenêutica do puro método oriundo da objetividade científica. O mérito de Heidegger foi ter mostrado que a interpretação é parte constituinte da condição finita do ser humano como ser no mundo. Interpretar a nós mesmos e ao nosso mundo é algo que estamos a fazer desde o início de nosso existir, enquanto indivíduos e enquanto civilização; mais do que um mero método, é o modo básico de nosso existir. Contudo, sem concordar inteiramente com o enquadramento subsequente da hermenêutica na filosofia heideggeriana, Gadamer denomina seu projeto como “hermenêutica filosófica”, o que a tornou fonte inesgotável na

discussão de questões centrais da práxis pedagógica (FLICKINGER, 2010; 2014). No item subsequente, serão apresentados os principais aspectos constituintes da hermenêutica filosófica.

### 3.1.2 A crítica ao cientificismo

A hermenêutica filosófica proposta por Gadamer, ao considerar na esteira de Heidegger, a historicidade do saber e da compreensão, propõe elementos em contraposição ao princípio da objetividade científica de base cartesiana. Esses elementos retomados por Flickinger (2010), fundamentais à experiência hermenêutica, contemplam em seu núcleo concepções teóricas e filosóficas oriundas do pensamento platônico, socrático e aristotélico.

O primeiro elemento evidencia a despotencialização do sujeito dominador, contrapondo-se, assim, ao sujeito conhecedor e soberano do processo de construção do conhecimento oriundo da posição objetificadora. Na hermenêutica filosófica, o ser humano “descobre-se a si mesmo como sendo sujeito à história e, sobretudo, à linguagem” (FLICKINGER, 2010, p. 38), pois “[...] vivemos na linguagem, é nela que se dá a experiência existencial do homem” (FLICKINGER, 2014, p. 10). Assim, tanto a história quanto a linguagem não podem ser manipuladas, visto que são subjacentes à existência. O ser humano, desse modo, precisa tomar consciência de si, fazendo parte da história e da linguagem que o permite entrar no mundo. A palavra, portanto, abre ao ser humano uma multiplicidade de sentidos e um potencial interpretativo que o força a ampliar de modo permanente, seus significados. Assim, no lugar de serem dominadas, as palavras abrem possibilidades diversas do que querem dizer. Em suma, o sujeito do conhecimento passa a ser compreendido desde sua participação finita no elemento da linguagem. Seu conhecimento, isto é, sua compreensão do mundo, é sempre e somente possível em vista da linguagem: “*O ser que pode ser compreendido é linguagem*”, diz Gadamer em uma passagem famosa de *Verdade e Método* (2014, p. 612, grifo do original).

O segundo elemento próprio à experiência hermenêutica, contempla a função produtiva do distanciamento, trazendo a disposição de reconhecer autenticamente o outro e o desafio em suportar nossa impotência diante da vontade de dominação. Nesse desafio aponta-se que precisamos reconhecer que “o outro, na sua autenticidade própria, é, ao mesmo tempo, o estigma da nossa incapacidade e a condição de nosso autoentendimento, de nossa autocompreensão”, o que parece tratar-se de um paradoxo, “pois o outro de nós se torna o motivo para a experiência de nós mesmos (FLICKINGER, 2010, p. 39).

O terceiro elemento retomado por Flickinger (2010) refere-se ao que Platão denominou como maiêutica, que tem seu entendimento vinculado ao modelo da parteira. A parteira não era uma pessoa equipada de instrumentos e recursos medicinais para dominar o parto, tal como ocorre normalmente na clínica ginecológica moderna. Ao contrário, a parteira é uma pessoa esperta e que, por já ter passado pela mesma experiência, é capaz de ajudar um processo considerado natural. Assim, a maiêutica, enquanto experiência dialógica, consiste em levar o sujeito a não apenas ajudar o outro a encontrar seu saber encoberto, mas a se dar conta da própria posição, num movimento de reconhecimento da sua ignorância.

O quarto elemento é o do fundamento ético da hermenêutica, vinculado ao reconhecimento do outro na experiência dialógica, onde somos solicitados por esse outro a repensar nossa própria postura diante dele e das perguntas por ele realizadas. A pergunta do outro contempla em si o conceito de responsabilidade, pois nos solicita repensarmos nossa própria postura diante dele e às suas dúvidas, o que para Flickinger (2010), parece ser a razão pela experiência que podemos aprender muito sobre nós mesmos. Para Flickinger (2010), se quisermos aprender, ou seja, ampliar nosso saber, se faz necessário aceitar o desafio colocado pelo outro, no sentido de responder às perguntas que permanecem ocultas em seu entendimento.

O quinto elemento da hermenêutica filosófica, segundo Flickinger (2010), é o da revalorização do ouvido, negligenciado no percurso de constituição da racionalidade instrumental. Introduce-se, assim, a linguagem e o diálogo vivo como fontes autênticas do conhecimento e da relação com um interlocutor, em contrapartida à capacidade exclusiva do olhar enquanto fundamento e meio de acesso ao mundo. As considerações de Gadamer para o diálogo enquanto uma experiência hermenêutica, apontam que o escutar e o prestar atenção abrem ao ser humano o acesso a determinado conteúdo que desafia quem dialoga a reconsiderar suas próprias convicções e supostas certezas. Abre-se, ainda, o acesso verdadeiro ao outro, ao seu modo de refletir e agir, possibilitando um questionamento permanente que almeja ser levado a sério de forma teórica e prática. Desse modo, o diálogo na perspectiva hermenêutica propõe uma postura mais humilde, de reconhecimento e responsabilidade perante o outro. A hermenêutica filosófica renuncia, assim, à concepção de validade incondicional da razão, de sua onipotência e de seu poder exclusivo na construção do conhecimento humano, sugerindo em contrapartida, uma postura mais humilde perante o outro (FLICKINGER, 2010).

Após retomada a hermenêutica a partir de seus elementos constituintes, quais sejam a despotencialização do sujeito dominador, a função produtiva do distanciamento, a arte maiêutica, seu fundamento ético e sua revalorização do ouvido, no tópico a seguir,



apresentamos como a hermenêutica traduz-se em princípio epistemológico, para depois avançarmos em sua base ética e pedagógica/formativa.

### 3.2 Hermenêutica como princípio epistemológico

O princípio epistemológico diz respeito ao modo sobre como se produz conhecimento e se lhe atribui confiabilidade. Na direção de compreender esta dimensão à luz da perspectiva hermenêutica, partimos da crítica de Hans-Georg Gadamer à ciência, na sua versão metódico-experimental (DALBOSCO, 2014) lançando um questionamento, ao nosso ver, considerado nuclear: por que o procedimento metodológico privilegiado pelas ciências naturais não se torna o único adequado para fundamentar a produção do conhecimento nas ciências humanas e nas ciências em geral? A crítica gadameriana volta-se tanto ao modo como se produz conhecimento a partir da ciência quantitativa, mensurável e objetiva quanto ao modo como se toma o paradigma científico para pautar as relações humanas ou a prática profissional. Flickinger (2010) e Dalbosco (2014), na esteira de Gadamer, dizem que nem do ponto de vista da produção do conhecimento geral seria possível tomar a ciência como fundamento absoluto, quanto menos do ponto de vista das relações humanas ou da vida em geral. O que não significa, todavia, ser preciso e, sensato, desconsiderar o paradigma científico em sua completude.

Para iniciar a discussão acerca da crítica gadameriana em torno do cientificismo, retirando dela desdobramentos formativos para uma postura epistemológica hermenêutica, examinamos o fundo argumentativo de Gadamer no ensaio *Teoria, técnica, prática*, contido na obra *O caráter oculto da saúde* (2006). Revelando a contraposição existente entre o modo de produzir conhecimento nas ciências naturais e nas ciências humanas e sociais – ou ciências do espírito –, Gadamer suscita reflexões em torno da experiência como pressuposto do saber produzido, inclusive aquele oriundo do método científico. Iniciando tais reflexões com a clássica concepção kantiana de que todo o nosso conhecimento começa com a experiência<sup>23</sup>, Gadamer diz ser esta concepção também válida para o saber que temos sobre o ser humano. Ela permite a compreensão de que a experiência contempla, fundamentalmente, um saber teórico e um saber prático, que são separados quando compreendidos à luz do paradigma científico e, quando compreendidos à luz do paradigma hermenêutico, tornam-se duas dimensões da *práxis*.

---

<sup>23</sup> Posição oriunda da principal obra da teoria do conhecimento do filósofo alemão Immanuel Kant (1724-1804), *Crítica da razão pura*, cuja primeira edição foi lançada em 1781. Kant trata do problema da metafísica como ciência examinando as condições de possibilidade do conhecimento humano (FLICKINGER, 2010).

Nas ciências naturais, a experiência da qual resulta o saber científico constitui-se por meio do rigor e da veracidade de seu próprio método, considerado seguro, estável, controlável e independente da situação ou do contexto prático. E, “se independe de qualquer situação ou do contexto de ação, esse saber pode, objetivamente, servir a qualquer situação em que seja possível agir [aplicar]” (GADAMER, 2006, p. 10). Assim, o princípio da objetividade priorizado nessas ciências, tem a ver com essa independência do conhecimento científico em relação ao cenário da ação. Apesar de o conhecimento científico não poder ser negado, é preciso não esquecer de um elemento, o próprio ser humano, que é dependente do contexto onde vive, das relações que estabelece, da cultura, da reflexão e que participa ativamente da produção do conhecimento objetivo. O cientificismo moderno desprezou negligentemente esse elemento implicado em sua posição.

De modo distinto às ciências naturais, nas ciências humanas ou sociais, forma-se o saber acumulado pela experiência por meio da *práxis*<sup>24</sup> que o ser humano desenvolve consigo mesmo, com o outro e com a tradição cultural – a arte, a literatura, a filosofia, a história, a cultura –, quer na esfera profissional quer na existência privada e pessoal. O saber da experiência tem a subjetividade, em grande parte incontrolável e instável, como característica elementar, contudo, negligenciada pelas ciências naturais, pautada pelo conhecimento científico que pretende tornar objetivo, sobretudo através dos números, todo e qualquer saber. Gadamer (2006) atribui, portanto, à entrada do pensamento científico no mundo ocidental, o momento marcante da separação entre o saber teórico e o saber prático.

A ciência, antes entendida no pensamento filosófico grego como “pura teoria<sup>25</sup> [*theoria*]”, como “elevação extrema do saber o qual guiava a *práxis*” ou como “tesouro de sabedoria reunido da *práxis* para a *práxis*”, como um saber de causas [método causal explicativo da realidade (FLICKINGER, 2010)], passou, na modernidade, a não mais fundamentar a essência do saber sobre o mundo e o ser humano na forma comunicativa da linguagem (GADAMER, 2006, p. 12-13, grifo nosso). Gadamer (2006) afirma que o pensamento grego originou o movimento de pensar a teoria para um uso prático, retirando-a da esfera metafísica e a inserindo na relação prática entre os seres humanos e com a natureza. Essa dicotomia levada ao extremo pelo positivismo moderno foi definidora da atribuição à ciência de uma função teórica, e à prática de uma função de aplicação técnica do conhecimento teórico. Portanto, trata-se de uma compreensão moderna de ciência, que passou a assumir a experiência como método

---

<sup>24</sup> A concepção de *práxis* será desdobrada ao longo deste tópico.

<sup>25</sup> A ciência como pura teoria, constitui um saber com valor em si mesmo e não pelo seu significado prático (GADAMER, 2006).

seguro, controlado e objetivo capaz de produzir conhecimento legítimo sobre a realidade, ou seja, a ciência como estatuto da verdade, norteadora, inclusive da organização social humana (GADAMER, 2006).

Antes da separação estanque entre teoria e prática, a partir, sobretudo, do paradigma científico, o que predominava era o conceito de *práxis*, no qual agir, refletir sobre o agir, mudar a forma de agir, faziam parte do mesmo movimento. Gadamer (2006), mesmo ciente da impossibilidade de retornar a esse estágio anterior, diz ser necessário outra postura, hermenêutica, que tente reconectar a teoria e a prática na *práxis*. Quando ele fala da teoria e da prática, se refere à relação existente entre saber e fazer. Numa condição de dicotomia, o saber pertence à esfera da teoria e o fazer à esfera da prática. Já no âmbito da *práxis*, saber e fazer a constituem.

Em vista disso, o problema apresentado por ele se constitui exatamente em como reunir teoria e prática, após essa separação promovida pela ciência, sem que se valorize um dos polos mais do que o outro, pois vive-se na modernidade, uma redução do conceito de teoria. Gadamer (2006) propõe uma nova percepção sobre a teoria, que está na base da questão da produção do conhecimento, pois teoria também é o que se produz no diálogo, e não somente o que resulta da aplicação do procedimento experimental científico. Teoria também é o que se produz a partir de um movimento hermenêutico dialógico entre dois sujeitos.

Existe uma diferença marcante entre a *práxis* e a aplicação do conhecimento científico. Enquanto a aplicação do conhecimento gerado pelo método científico indica a instrumentalização de um conhecimento pautado em uma verdade pré-determinada que independe de seu contexto de aplicação, a *práxis* promove a reflexão sobre a aplicação desta verdade considerando o contexto em que ela ocorre. Tomar uma decisão na *práxis* significa compreender que esta “carrega sempre uma relação com o ‘ser’ do homem” (GADAMER, 2006, p. 12, grifo do autor), justamente porque escolha e decisão entre possibilidades constituem-se dimensões da condição humana. Mas do que depende essa decisão que a *práxis* exige? Segundo Gadamer (2006), a consciência prática nos oferece condições para olhar e aplicar o conhecimento no seu contexto de ação. E mesmo diante da pretensão de universalidade, a ciência não consegue se tornar universal exatamente pela condição humana ser aberta, em muito incontrolável e instável; e na percepção gadameriana, a ciência usa critérios que fogem desse ‘ser’ da condição humana.

Para Gadamer (2006), no paradigma das ciências naturais, o conhecimento científico é teoria, a técnica é a aplicação dessa teoria, e a prática, de modo objetivo e reduzido, é o ‘tempo-espaço’ da aplicação da técnica. Enquanto nas ciências naturais, a teoria e a técnica assumem

primazia em relação ao local da aplicação, nas ciências humanas, teoria, técnica e prática se integram e assumem um novo sentido. No paradigma das ciências humanas, esse ‘tempo-espaço da aplicação da técnica’ ganha outra dimensão, pois considera-se não ser possível simplesmente aplicar a técnica, pois a prática fornece resistência, interfere, facilita, promove ou não a sua aplicação. A superação da dicotomia apontada por Gadamer se justifica pela condição que a tomada de decisão exige, ou seja, que teoria e prática enquanto dimensões do humano sejam mobilizadas simultaneamente na *práxis*. Esta seria o encontro dessas dimensões, permeadas pelo discernimento ou pela formação do juízo e pela capacidade de fazer escolhas. A hipótese é que através do diálogo em sentido hermenêutico a escolha e a decisão entre possibilidades se tornem cada vez mais razoáveis, porque adequadas a *práxis*.

A crítica à pretensão de universalização da ciência e o retorno ao paradigma voltado ao ser humano proposto pela hermenêutica – tendo como horizonte a coletividade –, constituíram a base para se pensar a hermenêutica como princípio epistemológico (GADAMER, 2006). Os contínuos progressos obtidos com a ciência e com a especialização dela originada, levaram, entre outros aspectos, à desintegração e fragmentação do saber. E Gadamer dispara o questionamento sobre como integrar tudo o que se sabe em prol da vida, pois

A ação do ser humano, quer dizer, a aplicação consciente de seu saber e poder para a conservação da saúde ou também do equilíbrio social, especialmente a paz, carece, evidentemente, de um fundamento científico coerente. É inevitável que se procure fazer haver uma resposta a tal necessidade através de premissas baseadas em concepções de mundo. Analisando o passado, reconhecemos facilmente, o que, da mesma maneira, seguramente passa despercebido no presente, a saber, como determinados conhecimentos fascinantes ascendem à condição de esquema geral de interpretação (GADAMER, 2006, p. 18).

Gadamer oferece como saídas para essa integração, a postura dialógica enquanto efetivadora da hermenêutica como princípio epistemológico, ético e pedagógico. A interdisciplinaridade é defendida como um critério da produção do conhecimento, pois o problema, para Gadamer (2006), não reside em conhecer separando, mas tomar isso como verdade absoluta. Para poder encontrar o problema, também é preciso fazer alguma separação ou fragmentação. Todavia, a questão é tomar isso, como único critério para chegar à verdade, o que foi levado ao extremo pela ciência.

Flickinger (2010, p. 45-46) alerta tanto para a finalidade da disciplina nela mesma quanto para a pretensão de integrar o saber em uma única visão. A primeira marca a “regressão perigosa relativa à capacidade de se perceber o contexto mais amplo, no qual a pesquisa, seu conhecimento e seus resultados se enquadram ganhando sentido”, ou seja, o retrocesso na

capacidade de se perceber a finalidade social e de melhoria da vida humana que a ciência e o conhecimento deveriam promover. Finalidade ampla, que para Gadamer (2006) significa a promoção da humanidade e que está sendo perdida de vista pela miopia produzida pela especialização estrita. A segunda, aponta para a ingênua pretensão de tentar reunir o saber humano numa visão de totalidade, considerando que a “lógica separadora”, fruto da ciência moderna, já está introjetada no ser humano.

Em vez de insistir nesse objetivo não mais viável, está intensificando-se o debate em torno da possível reconstrução de pontes entre as disciplinas, no intuito de fazer jus à complexidade crescente dos problemas que se nos colocam e que uma só perspectiva de questionamento não consegue mais abarcar. Sem dúvida, é esse o enfoque principal que está sendo visado na busca por modelos novos de cooperação e diálogo científico; modelos que receberam a denominação de “interdisciplinaridade”, “transdisciplinaridade” ou “multidisciplinaridade” (FLICKINGER, 2010, p. 46).

Contudo, embora não mais se justifique uma perspectiva totalizadora capaz de reunir o conhecimento humano, bem como um espírito de concorrência, desprezo e indiferença que as distintas áreas profissionais assumem entre si, é preciso fazer com que saberes e áreas dialoguem. A interdisciplinaridade representa a solução e o caminho epistemológico para promover esse diálogo. A aposta é que por meio do diálogo, se produzam conhecimentos mais efetivos para a resolução dos problemas complexos colocados pela contemporaneidade (FLICKINGER, 2010).

O abrangente discurso sobre interdisciplinaridade parece denunciar, na percepção de Flickinger (2010), tanto a consciência acerca das limitações do conhecimento disciplinar e específico quanto a tensão/conflito entre o desejo de afirmar a autonomia da disciplina e a experiência de depender da cooperação entre as áreas para resolver problemas. Flickinger (2010) ainda aponta que o discurso sobre cooperação interdisciplinar assume um caráter de moda, ou seja, o discurso interdisciplinar tanto não está configurado como um princípio ontológico na condição profissional e humana de ação quanto não se tem clareza do que essa cooperação exige em prol da interdisciplinaridade. O que revela a ainda primazia do paradigma científico tradicional das disciplinas independentes na produção do conhecimento, apesar dos esforços epistemológicos modernos no sentido de construir pontes entre áreas disciplinares, que também precisam manter seu caráter especializado. Frente a isso questiona-se: como o conhecimento de uma área específica pode modificar o olhar de outra área no que é específico do seu fazer? Nesse questionamento pode-se reconhecer a fundamentalidade do diálogo interdisciplinar, que assume direção contrária a uma exposição especializada de uma área, no instante em que esta não se permite afetar pelo movimento de transformação do seu próprio

saber-fazer no sentido da *práxis*. Segundo Flickinger (2010), disso surge o principal efeito da perspectiva hermenêutica de uma proposta interdisciplinar.

O avanço do conhecimento em sentido hermenêutico, ocorre no momento em que no diálogo interdisciplinar verdadeiro – entre sujeitos – resgatam-se pré-compreensões acerca de um determinado objeto e, uma vez conscientes destas, elabora-se um novo sentido a este objeto. Por isso, Gadamer, em *Verdade e Método* (2014) vai dizer que o conhecimento na perspectiva hermenêutica, é histórico e não pode ser alheio ao contexto, que contempla e envolve um horizonte cultural. Conforme Batista (2007, p. 33), partindo do entendimento filosófico da palavra horizonte, Gadamer salienta que

a mesma noção foi sempre utilizada pela reflexão filosófica como um caminho no qual, por um lado, possibilita um encontro entre pensamento e a consciência humana marcada pela historicidade e finitude, e, por outro lado, como o momento no qual se abre a possibilidade de expansão do próprio modo de se relacionar com a tradição, que se constitui fundamentalmente como uma abertura sempre distinta a novas possibilidades de ser.

Portanto, o conhecimento na perspectiva hermenêutica não é somente o produto da relação entre interlocutores, mas também do modo como estes se relacionam com a cultura, com a tradição, porque o horizonte daqueles – suas pré-compreensões – estão, de algum modo, dentro de um horizonte cultural, ou seja, de todo o conhecimento científico e de todo o saber produzido pela humanidade até a contemporaneidade, inclusive a própria linguagem. E, fundamentalmente, o que importa no diálogo é esse movimento autorreflexivo que resulta da relação entre os interlocutores. A fusão de horizontes [*Horizontverschmelzung*], de que fala Gadamer, resulta de uma nova compreensão/sentido, provisória, até que uma nova fusão de horizontes aconteça, em um movimento processual, de caráter aberto e, portanto, inacabado (BATISTA, 2007).

A hermenêutica, antes de uma teorização oriunda de um procedimento científico, é um exercício que ocorre na *práxis*, é postura dialógica que produz conhecimento verdadeiro relativamente ao horizonte histórico de quem o produz, que pode ser mais ou menos abrangente. Nesse sentido, pode-se afirmar que a hermenêutica tem na interdisciplinaridade, tão almejada para a formação e para o cuidado em saúde, a expressão epistemológica da postura dialógica de produção do conhecimento. E a interdisciplinaridade pensada pela perspectiva hermenêutica, tanto admite a verdade sobre a realidade como uma conquista processual, quanto pode tornar mais potente o processo de alcançar a verdade, ainda que provisória, sobre um fenômeno, ou seja, por meio da fusão de horizontes compreensivos. Entende-se que para uma proposta

hermenêutica de interdisciplinaridade, é preciso tomá-la enquanto um movimento a ser praticado como atitude de espírito (JAPIASSU, 1976), permanentemente formada através do diálogo em sentido hermenêutico.

### 3.3 Hermenêutica como princípio ético

A possibilidade de o outro ter direito,  
é a alma da hermenêutica (GADAMER, 1989).<sup>26</sup>

A hermenêutica como princípio ético tem no reconhecimento da legitimidade das diferentes perspectivas do outro sua centralidade, pois “os preconceitos de cada um, muito mais do que os seus juízos, são a realidade histórica de seu ser” (GRONDIN, 1999, p. 191). Grondin retorna ao problema inicial da obra *Verdade e Método* (2014), ou seja, à hermenêutica adequada às ciências do espírito/humanas aos moldes da ciências naturais para a produção do conhecimento. A preocupação, originariamente heideggeriana, foi conferir um caráter ontológico à hermenêutica, no sentido de não mais configurá-la apenas como um método próprio para as ciências humanas. Insere-se então o preconceito ou pré-compreensão na estrutura ontológica do humano em termos hermenêuticos.

Heidegger, em *Ser e Tempo*, publicado originalmente em 1927, diz que somos seres temporais, isto é, históricos. A temporalidade, compreendida também enquanto dimensão do humano, mostra-se oposta à concepção de uma verdade absoluta elaborada na objetividade metodológica que “brota da repressão ou esquecimento da própria condição temporal” (GRONDIN, 1999, p. 180). A verdade sobre uma realidade, se tomada como absoluta, independe do tempo. E se indiferente ao tempo, negligencia a ideia de sermos seres temporais, históricos, condicionados pelas próprias contingências, submetidos à linguagem e à finitude, e, por isso, permeados de preconceitos enquanto o que nos constitui como seres que compreendem. Nessa linha, Gadamer (2014, p. 471, grifo do autor) vai dizer que

aquele que está seguro de não ter preconceitos, apoiando-se na objetividade de seu procedimento e negando seu próprio condicionamento histórico, experimenta o poder dos preconceitos que o dominam incontroladamente com uma *vis a tergo* [força que impulsiona]. Aquele que não quer conscientizar-se dos preconceitos que o dominam acaba se enganando sobre o que se revela sob sua luz.

---

<sup>26</sup> Proposição formulada por Gadamer, durante a rodada pública de diálogo, no dia 9 de julho de 1989, em Heidelberg, por ocasião da jornada sobre problemas básicos da hermenêutica (*apud* GRONDIN, 1999, p. 207).

Heidegger recuperou o questionamento epistemológico da historicidade, lembrando ao ser humano sua condição de finitude. Estando ao nível da finitude, o indivíduo precisa olhar para si, para suas crenças, para a estrutura preconceituosa que o constitui, como ontológica da compreensão, para perceber as próprias possibilidades a partir do modo como está existindo (GRONDIN, 1999). O conhecimento, assim, não se origina de um método, mas da história que constitui cada ser. Na compreensão heideggeriana, justamente porque somos finitos, é que precisamos viver, e não apenas viver, como viver de uma forma melhor. E para viver, precisamos do outro; e porque precisamos do outro, precisamos aprender a viver juntos; e porque precisamos aprender a viver juntos, precisamos de um princípio ético. Em vista disso, Maraschin (2017, p. 102) diz que “o saber ético não possui um fim particular, mas afeta o viver em seu conjunto”.

O princípio epistemológico conecta-se assim com o princípio ético. Gadamer une, dessa forma, conforme Grondin (1999, p. 186), a questão da relação humana e a temática do outro com sua preocupação quanto ao problema metodológico das ciências humanas, trabalhando principalmente, a perspectiva do intérprete como um sujeito histórico, considerando “a historicidade não como uma limitação, mas um princípio de compreensão”.

Para Gadamer, em lugar da produção de uma verdade universal absoluta que segue de modo pontual uma racionalidade metodológica objetivante, existem os preconceitos que predominam num determinado momento em função da contingência histórico-temporal (GRONDIN, 1999). Deste modo, o sujeito, quanto mais consciente dos seus preconceitos, mais possibilidades terá de reelaborá-los construindo novos sentidos. Estes sentidos, podem voltar a se tornar preconceitos em outro momento, como num círculo infinito de produção de compreensões. Entendendo estar na base que estrutura o círculo compreensivo um fator ético, entende-se também que o fundamento ético da hermenêutica tem relação com a interlocução linguística entre os sujeitos que trazem nesta interlocução dialógica seus preconceitos.

Segundo Flickinger (2010), o acesso aos preconceitos acontece somente no diálogo, pois o sujeito não os descobre alheio à presença do outro. Maraschin (2017, p. 86-87) diz que pensar em perspectiva hermenêutica implica adotar como pressuposto não mais a relação entre sujeito e objeto, mas a relação entre sujeitos. Na mesma direção, Dalbosco (2010) esclarece que esse outro é sujeito e não objeto, e que a compreensão que dele se faz não pode ocorrer no modo objetivador próprio ao procedimento científico experimental. Desse modo, é na estrutura dialógica da pergunta, da escuta, da resposta, de uma nova pergunta, que esses preconceitos entram no círculo da compreensão.



Gadamer, em *Verdade e Método II* (2009, p. 200), ao mesmo tempo em que questiona se a compreensão tem caráter de linguagem, responde que “é a linguagem que constrói e conserva essa orientação comum no mundo”. A compreensão, especificada como relação, tem um sentido ainda mais próximo da conversação. E conversa não seria, previamente, controvérsia – disputa ou contestação –, desentender-se ou ignorar o outro em suas perspectivas. Na conversa, segundo Gadamer (2009, p. 221), “constrói-se, ao contrário, um aspecto comum do que é falado”.

A verdadeira realidade da comunicação humana é o fato de o diálogo não ser nem a contraposição de um contra a opinião do outro e nem o aditamento ou soma de uma opinião à outra. *O diálogo transforma ambos*. O êxito de um diálogo dá-se quando já não se pode recair no dissenso que lhe deu origem. Uma solidariedade ética e social só pode acontecer na comunhão de opiniões, que é tão comum *que já não é nem minha nem tua opinião, mas uma interpretação comum do mundo* (GADAMER, 2009, p. 221, grifo nosso).

Para desenvolver uma conversação, é necessário que os interlocutores ao conversar, não deixem de reconhecer autenticamente um ao outro. Segundo Flickinger (2010), é no vaivém entre perguntas e argumentos que se possibilita a aprendizagem do novo, que exige a paciência de ouvir e ponderar o outro. Por isso, em *Verdade e Método I* (2014), Gadamer diz que o diálogo possui a estrutura de pergunta e resposta, pois a condição inicial da arte da conversação é possibilitar que o interlocutor acompanhe o percurso argumentativo e compreensivo. Para isso, é essencial que toda pergunta tenha um sentido de orientação, pois na conversa, “quem só procura ter razão, sem se preocupar com o discernimento do assunto em questão, irá achar que é mais fácil perguntar do que responder. Assim, se livra do perigo de ficar devendo resposta a alguma pergunta” (GADAMER, 2014, p. 473-474). Gadamer (2014, p. 474) observa, na sequência, que o fracasso do interlocutor “demonstra que aquele que pensa saber mais e melhor não pode perguntar. Para perguntar, é preciso querer saber, isto é, saber que não se sabe”. E complementa com a constatação de que “levar adiante uma conversa [...] requer não abafar o outro com argumentos, mas ponderar realmente a importância objetiva da sua opinião” (GADAMER, 2014, p. 479).

O reconhecimento mútuo, como uma das exigências para conduzir o diálogo, revela uma profunda dimensão ética. Aceitar o ser diferente pressupõe uma postura ética de reconhecimento e de responsabilidade mútua, ou seja, “reconhecer a si mesmo e o outro, e estar pronto para as respostas exigidas pela pergunta desse outro” (FLICKINGER, 2010, p. 53). Segundo Flickinger (2010, p. 120-121), Gadamer aponta “para os riscos de um saber que se considera imune ao condicionamento ético do ser humano”. A arte do diálogo pressupõe reconhecer o outro como

parceiro no caminho da busca; e o reconhecimento que culmina no direito que o outro tem de perguntar e de esperar uma resposta tem a responsabilidade como eixo do discurso ético. Por um lado, ser eticamente responsável quer dizer levar o outro à sério, e “isso significa a disposição de dar respostas às perguntas lançadas por ele”; por outro, “ao exigir-me, dando-me direito à resposta, ele me dá a chance de tornar, para mim mesmo, transparente e legítimo o meu comportamento” (FLICKINGER, 2010, p. 120-121). A responsabilidade, portanto, significa prestar conta do próprio agir, segundo Flickinger (2014).

Rohden (2020, p. 519), tomando a hermenêutica enquanto ética do cuidado, diz que “compreender o outro significa pesar, ponderar, levar em conta, deixar-se tocar pelo que diz, pensa e deseja”. Para aprofundar a proposição que a hermenêutica é tramada por um modo cuidadoso de abordagem, seja com textos, seja com as pessoas, ele retoma a clássica relação Eu-Tu, que Gadamer desenvolveu em *Verdade e Método I*. O tu é considerado como a tradição, enquanto pessoa, e cuidar do tu significa abrir-se a ele. Rohden inicia essa argumentação apontando dois tipos de relações que descuidam o outro, no sentido de revelar os aspectos que compõem um terceiro tipo, que é a postura ética do cuidado do outro.

No primeiro tipo de relação Eu-Tu, “o eu [...] procura controlar, dominar, dissecar, determinar o que lhe interessa dizer e fazer”, e “[...] não se preocupa em cuidar do outro ao pautar sua conduta pelo procedimento metodológico científico-moderno, cujo escopo é conhecer o tu para dominá-lo e controlá-lo”. O eu descuida do outro, tanto “ao não levar em consideração o horizonte do outro”, quanto “no desinteresse do eu em deixar o tu falar, ao desconsiderá-lo parceiro do seu processo de conhecimento” (ROHDEN, 2020, p. 519-520). No segundo tipo de relação Eu-Tu, Rohden (2020, p. 520-521) salienta que “o eu ouve, procura compreender, mas o faz em função de seus interesses”.

Para Rohden (2020, p. 522), “o cuidado do outro alimenta a relação de reciprocidade existente entre o eu e o tu, entre eu e a tradição, entre o médico e o paciente”. Revelando outro modo de cuidado, no terceiro tipo de relação, o “cuidar implica abrir-se ao mundo e ao horizonte do outro, o que não significa adesão ingênua nem consentimento cego do eu ao tu”; antes, o “cuidar enquanto abrir-se ao tu significa permitir que a fala do outro possa ecoar e produzir efeitos sobre o eu”. Logo, a hermenêutica como ética do cuidado do outro não se constitui enquanto preceito, mas “como uma arte, um exercício, uma prática de respeito à alteridade e às complexidades históricas”. Trata-se, antes de um moralismo de regras abstratas, da experiência “de cuidar do outro assim como gostaria que fosse cuidado por ele” (ROHDEN, 2020, p. 526).

Assim, de acordo com Grondin (1999), Gadamer vinculou a universalidade do processo hermenêutico com a dependência que a compreensão tem em relação à conversação. Para ele, a

hermenêutica filosófica assume nesta dependência à conversação seu princípio de maior relevo e ampliação, pois considera que “somente na conversação, no encontro com pessoas que pensam diferentemente, podendo habitar em nós mesmos, podemos esperar chegar além da limitação de nossos eventuais horizontes” (GRONDIN, 1999, p. 207). A compreensão em sentido hermenêutico é, portanto, a conversação. A conversação como possibilidade de o outro ter direito, que considera a relação entre sujeitos como norteadora de um cuidado profissional humano, ético e solidário na saúde (MARASCHIN, 2017), constitui tanto o cerne da hermenêutica gadameriana (GRONDIN, 1999), como lança o diálogo enquanto base ética para pensar processos pedagógicos autoformativos.

### 3.4 Hermenêutica como princípio pedagógico/formativo

[...] creo que sólo se puede aprender a través de la conversación (GADAMER, 2018, p. 92)<sup>27</sup>

Como a hermenêutica gadameriana pode ser pensada no contexto educacional? Como pode se constituir em um princípio pedagógico? Hans-Georg Gadamer, em sua trajetória filosófica não se dedicou integralmente para pensar a relação entre a hermenêutica filosófica e a educação. Sua obra mais pontual sobre esta relação é o artigo “La educación es educarse” [*Erziehung ist sich erziehen*] (GADAMER, 2018). Todavia, sua hermenêutica filosófica tem sido pensada como fundamento filosófico-formativo no campo da educação. Nesta direção, Flickinger (2010; 2014), assim como outros pesquisadores – Dalbosco (2010; 2014), Hermann (2014), Rohden (2020), Fensterseifer (2023) –, pensam a hermenêutica como princípio pedagógico formativo que objetiva a transformação do sujeito.

Flickinger (2010; 2014) afirma que o mérito da hermenêutica consiste em lembrar ao indivíduo moderno a necessidade de investir em uma formação educacional, assumindo a produção do saber enquanto autoformativa e transformativa por meio do diálogo. Se por um lado a educação contemporânea pode ser pensada através do diálogo em sentido hermenêutico, por outro, esta mesma noção desafia a educação contemporânea, colocando-lhe uma possível questão: o que significa dialogar considerando o outro?

O alerta de Flickinger (2010; 2014) faz eco à perspectiva de Paulo Freire (1921-1997), na medida que este revela a redução da educação a mera reprodução, nomeada pelo autor como

---

<sup>27</sup> Conferência originalmente intitulada *Erziehung ist sich erziehen*, proferida no Gymnasium Dietrich-Bonhoeffer em Eppelheim, Alemanha, em 19 de maio de 1999, na qual Gadamer apresenta suas ideias sobre educação (GADAMER, 2018).

a educação bancária ou, ainda, mais recentemente, como aprendizagem de competências e habilidades, de acordo com Biesta (2017). Mas a educação pode e precisa ser pensada e tratada a partir de processos pedagógicos mais solidários e humanizadores, no sentido do que propõe a hermenêutica quando tomada como fundamento pedagógico no campo da educação. Todavia, também a educação pensada a partir de princípios hermenêuticos apresenta desafios. A questão atrelada às condições para que o diálogo em sentido hermenêutico ocorra, tendo como horizonte a autoformação, constitui o desafio apontado por Gadamer (FLICKINGER, 2010; 2014).

Flickinger (2014, p. 65) afirma, com recurso a Gadamer, que a linguagem constitui o “campo da experiência humana”. É na linguagem e por meio dela que o ser humano se torna humano: porque estamos desde sempre na linguagem, nos descobrimos naquilo que somos. Portanto, na discussão realizada em torno do papel da linguagem na constituição da condição humana, torna-se importante considerá-la como espaço do diálogo. Todavia, é preciso considerar que a linguagem, assim como todo produto cultural, pode ser instrumentalizada pela ação humana quando capturada pelo paradigma científico de base cartesiana, pautado nas noções de objetividade e mensurabilidade, como único modelo norteador ou orientador de interpretação e de condução da vida. Esta postura reducionista tem efeitos sobre a própria condição humana, como alerta Flickinger (2014, p.127, grifo nosso):

Valorizando o saber objetivo, o cientificismo moderno subestima os efeitos negativos desse seu desenvolvimento, tais como a *inércia do pensamento* devido às rígidas definições conceituais, o *desrespeito à vida própria da língua*, a *re-pressão do fator humano e do vínculo vital* que enlaça o saber racional aos pressupostos nele ocultos.

É em contraponto a esta ideia de que tudo e todos podem/precisam passar pelo crivo do procedimento metódico-experimental para se constituírem legítimos, seja no campo da produção do conhecimento em geral, seja nas relações humanas e na própria vida, que a concepção de linguagem em sentido hermenêutico precisa ser preservada e nutrida. Especialmente no campo da educação, esta concepção de linguagem se refere à noção de diálogo vivo. Esta considera a linguagem como um modo de “ser” e “agir”, ou seja, o sujeito sendo e agindo pela linguagem. Se por um lado a constituição do ser humano depende da linguagem (GADAMER, 2014), por outro, quando tomada para pensar processos educativos, ela constitui-se em desafio, principalmente porque a linguagem, no sentido do diálogo vivo, implica colocar-se diante de um outro ser humano que fala – um ser histórico, contextualizado, preconceituoso em sentido hermenêutico, ou seja, sujeito da compreensão. Se a constituição do

sujeito depende da linguagem, é preciso também pensar como os processos educativos a compreendem e como se dá a ação a partir desta compreensão.

Os elementos que constituem a hermenêutica, reconstruídos por Flickinger (2010; 2014), explicitam tanto a importância de ser considerada a possibilidade da linguagem por meio do diálogo acontecer na educação, quanto às condições para que a palavra seja, de um lado, pronunciada e, de outro, escutada – direito a falar mais a necessidade de ouvir como condições para o diálogo (FLICKINGER (2014) e a abertura e a escuta como núcleos fundantes da formação em sentido hermenêutico (DALBOSCO, 2010). Flickinger (2014) afirma que a formação educacional, para assumir o saber como histórico, processual, provisório e que abra caminhos para uma nova postura pedagógica hermenêutica diante do saber, com ele e através dele, precisa considerar que o diálogo aconteça no sentido de este tornar a relação educador-educando um espaço da palavra viva. O que isso significa? Significa considerar o diálogo enquanto movimento de sujeitos agindo e sendo pela linguagem, constituindo um espaço de possibilidades para que a palavra seja pronunciada e escutada, um espaço de preservação do direito da fala e da capacidade da escuta.

A hermenêutica entendida como um princípio pedagógico implica tomar a linguagem nos moldes do diálogo vivo enquanto processo que leva à autotransformação dos sujeitos envolvidos (relação educador-educando). Flickinger (2010; 2014) concebe a hermenêutica como princípio da *práxis* pedagógica da formação como autoformação e autotransformação, por meio do diálogo, e elenca seis elementos constituintes deste princípio.

O primeiro elemento diz respeito à *função existencial da língua e à reflexão*. Segundo Flickinger (2014), ancorado em Gadamer, a hermenêutica defende a tese da primazia da linguagem frente à reflexão, quer dizer, a linguagem, sendo um elemento da reflexão, é a própria base para o desenvolvimento da capacidade de pensar e de construir conhecimentos. A relação entre a linguagem e reflexão no campo da educação, tendo a hermenêutica como princípio, se fundamenta em contraposição aos sinais indicativos da “perda da língua como horizonte”, pelo qual educador e educando experimentam tanto “o estar-no-mundo como o entrosamento na rede social” (FLICKINGER, 2014, p. 66). Entre os indicativos que marcam a tendência reducionista da língua, “que faz dela, mesmo sem querer, um mero objeto de manipulação”, está “o desprezo do ouvido em favor da visualização do pensamento” (FLICKINGER, 2014, p. 66).

De acordo com Flickinger (2014, p. 67), a hermenêutica filosófica lembra a educação sobre a (re)valorização pedagógica da língua como “moradia”. Assumindo a compreensão hermenêutica da linguagem “[...] como horizonte existencial do ser humano, não há nada mais importante [para a educação] do que possibilitar, desde de sempre, a oportunidade de o sujeito

mergulhar e viver nela” (FLICKINGER, 2014, p. 70). O sujeito “precisa se entregar à força organizadora da língua como à “casa na qual se convive” para conseguir se movimentar nela; pois nela a língua é o sinal da pertença de alguém a uma coletividade [...]” (FLICKINGER, 2014, p. 72).

O segundo elemento refere-se à *recuperação do diálogo vivo* como meio do desdobramento social. Para Flickinger (2014, p. 80), “qualquer que seja o processo educativo, seu caráter é eminentemente social”. A tarefa fundamental da educação é a recuperação do espaço dialógico, que tem como primeiro elemento, a condição de escutar o outro. Para se pensar a educação a partir da hermenêutica, é preciso pensá-la, permanentemente, a partir de uma pedagogia do escutar, na qual se tem a intenção de possibilitar um diálogo verdadeiro. Todavia, esta pedagogia exige, por exemplo, que o educador enfrente

O risco de ter a própria opinião contestada com argumentos fortes frente aos alunos [e] exige não apenas um maior preparo, senão também a disposição de ver-se questionado em público nas próprias convicções. Uma expectativa que afeta também a vaidade pessoal e impede a cooperação. Eis um dos motivos principais que dificultam a cooperação e troca inter-ou multidisciplinares (FLICKINGER, 2014, p. 91).

Considerando o saber construído no diálogo, como “o campo de atuação concreta da *práxis*, com seus desafios e variáveis em contínua transformação” (FLICKINGER, 2014, p. 94), no terceiro elemento relacionado ao *saber prático na educação*, Flickinger reforça a ideia que a hermenêutica, antes de uma teorização, é também, um exercício prático. A anterioridade da experiência prática do diálogo constitui o ponto de partida para a teorização e a compreensão. O autor, ao relacionar o saber prático com a educação, afirma que o trabalho pedagógico não pode renunciar à técnica, pois entende que esta pode ser ensinada e aprendida e como “um saber cuja aplicação correta não depende da personalidade particular de quem as usa. Seja lá quem for que utilize uma técnica, chegará sempre ao resultado visado desde que siga as instruções e as regras que a regem” (FLICKINGER, 2014, p. 95).

Todavia, de acordo com Flickinger (2014, p. 97), este saber técnico instrumental não é suficiente para o trabalho pedagógico, pois “o que aí falta, é exatamente o que se inscreve no conceito da *phrónesis*”, quer dizer, “um saber acumulado ao longo da biografia profissional, tal como convicções, orientações ético-morais, conhecimentos adquiridos no manejo de problemas concretos, etc.”. Ou seja, para o trabalho pedagógico, além da técnica, é também necessário recurso às “decisões individuais acerca dos meios e do modo adequado de enfrentar os desafios, decisões que sempre recorrem às experiências anteriores” (FLICKINGER, 2014, p. 97).

No quarto elemento referente às *implicações éticas nos processos pedagógicos*, Flickinger (2014, p. 102) apresenta dois aspectos da hermenêutica filosófica gadameriana, “[...] a disposição dos envolvidos de expor-se a experiências imprevisíveis e o impulso de refletir a própria postura”. Esses aspectos revelam a necessidade de o sujeito rever suas próprias concepções e entender que a exposição a novas experiências pode levar ao exame da postura anterior. Diante desses aspectos intrínsecos ao reconhecimento do outro, o autor compara a “pedagogia de aceitação” com a “pedagogia de resistência”, a qual exige “o reconhecimento da independência e autonomia do outro segundo o potencial e nível de atuação de cada um” (FLICKINGER, 2014, p. 106). Nesse sentido, Flickinger (2014, p. 103), ao defender a tese “de que ninguém age de modo responsável diante de outrem sem reconhecer nele o seu ser autêntico”, evidencia a ideia de uma pedagogia de reconhecimento do outro, fundamentada por uma postura ética. Trata-se de uma pedagogia que transforma a relação educador-educando como espaço da palavra, que acolhe o poder de pronunciá-la e o dever de escutá-la em todo preconceito que a constitui.

O quinto elemento pedagógico-formativo da hermenêutica diz respeito à *fundamentação do espírito crítico*, no qual Flickinger (2014) remete ao cuidado com os reducionismos das ideologias, os quais também denomina de fascínios da teoria. Por exemplo, o próprio positivismo produziu o fascínio das ciências objetivas e mensuráveis, e na modernidade, tem-se os fascínios da tecnologia, que apesar de seus méritos em “encurtar distâncias” na comunicação, também pode repercutir negativamente na capacidade de interação e de contato autêntico com outro. Nesse sentido, Gadamer argumenta que “criticar é sobretudo pôr à mostra o que se oculta no texto ou na fala criticados, tornando visível o que nele ou nela não foi tematizado explicitamente” (FLICKINGER, 2014, p. 115).

De acordo com Flickinger (2014, p. 120), a compreensão e reflexão constituem dimensões indispensáveis na formação de uma postura crítica “que, em vez de meramente destrutiva, queira contribuir para a construção do saber verdadeiro”, porém de caráter sempre provisório. Na mesma perspectiva, Dalbosco (2014, p. 11) assegura que o contexto pedagógico “precisa retomar sua capacidade teórica de reflexão e vertê-la contra o sentido reduzido de experiência humana, pois somente desse modo poderá enfrentar com amplitude de visão a questão propriamente educacional”.

O sexto elemento apontado por Flickinger (2014) é a *perspectiva universalista da hermenêutica filosófica na prática educativa* como uma visão necessária, pelo fato de não podermos permanecer em nível do senso comum ou do imediatismo do conhecimento. O autor diz ser preciso nos abirmos a novos horizontes e possibilidades, em um processo que é

inesgotável. E qual seria o critério para isso? A não redução do conhecimento e o processo da sua elaboração e da própria formação ao procedimento metodológico da racionalidade científica, quer dizer, a uma questão de método, unicamente. Gadamer afirma que a verdade vem antes do método, e a questão está em como descobrir essa verdade, que pelo exercício hermenêutico do diálogo, não será absoluta, mas o mais abrangente e aceitável possível do ponto de vista da coletividade (FLICKINGER, 2014).

Hermann (2014, p. 155), também a partir de Gadamer, afirma ser na busca pelo entendimento, que “realizamos um encontro com o outro que expande nosso horizonte”. É no processo do diálogo, somente possível “porque há um outro, uma diferença e um interlocutor radicalmente distinto com o qual mantemos uma conversa”, que nos transformamos (HERMANN, 2014, p. 155). Assim, a postura hermenêutica gadameriana no contexto educacional se ocupa da condição necessária para que o sujeito entre no diálogo. E como princípio pedagógico da postura do preceptor no ensino e no cuidado em saúde, tem como propósito a formação como processo autoformativo, quer dizer, uma autotransformação que ocorre pela abertura epistemológica à novos horizontes e pela postura ética com os outros.

O próximo capítulo há de mostrar como a hermenêutica enquanto princípio epistemológico, ético e pedagógico se concretiza pela via do diálogo. O diálogo constitui-se, assim, como núcleo da realização desses princípios.



## 4 DIÁLOGO COMO FUNDAMENTO DA POSTURA FORMATIVA DO PRECEPTOR

Este capítulo, cujo objetivo central é revelar um fundamento dialógico, em sentido hermenêutico como proposto por Hans-Georg Gadamer, para pensar e propor uma pedagogia ampliada que considera o paradigma científico e a pedagogia das competências, está estruturado em quatro tópicos. No primeiro tópico, buscamos aprofundar a noção de diálogo em sentido hermenêutico a partir de elementos estruturantes que o lançam como espaço vivo e verdadeiro. No segundo, buscamos evidenciar como o diálogo concretiza a hermenêutica enquanto princípio epistemológico, com o objetivo de pensar a formação pedagógica do preceptor a partir da noção de diálogo justificado pela noção de clínica ampliada e compartilhada. No terceiro tópico, buscamos apresentar como o diálogo concretiza a hermenêutica enquanto princípio ético, com o objetivo de pensar a formação pedagógica do preceptor a partir da noção de diálogo justificado pela noção de clínica ampliada. No quarto tópico, buscamos apontar como o diálogo concretiza a hermenêutica enquanto princípio pedagógico com o intuito de pensar a formação pedagógica do preceptor, ainda em vista da noção de clínica ampliada e compartilhada.

Com isso, buscamos avançar na discussão acerca do reconhecimento de quem é o preceptor, considerando a) a proposta da clínica ampliada e compartilhada na formação em saúde (BRASIL, 2009; 2013) e b) como o reconhecimento e o papel pedagógico do preceptor pode ser pensado dentro da clínica ampliada e compartilhada a partir da perspectiva do diálogo em sentido hermenêutico. A noção de clínica ampliada e compartilhada compreende os saberes interdisciplinares e humanísticos, que se traduzem na prática da escuta, da construção de vínculos e afetos, considerando a subjetividade, a ética, a singularidade de cada indivíduo, a integralidade do cuidado e a promoção da saúde.

### 4.1 Diálogo em sentido hermenêutico

O diálogo é, para nós, aquilo que deixou uma marca, que [...] possui uma força transformadora. (GADAMER, 2009, p. 247).

Que diálogo é esse que a hermenêutica de Hans-Georg Gadamer propõe? Duas pessoas conversando já estabelecem diálogo em sentido hermenêutico gadameriano? Na direção de tais compreensões, partimos da pergunta que lança o tema da incapacidade para o diálogo presente na obra *Verdade e Método II* (2009): A arte do diálogo está desaparecendo? No ensaio *A incapacidade para o diálogo*, Gadamer recoloca questões que circundam a discussão em torno desse desaparecimento apresentando uma série de argumentos que constituem o pano de fundo

da crítica que tece acerca, sobretudo, do individualismo exacerbado do humano na sociedade contemporânea. Esses argumentos conferem um pouco do tom da sua crítica ao individualismo que suprime o pensar coletivamente, a tendência de valorização de um modo de pensar técnico científico, a alienação e a recusa da vontade de entendimento. Gadamer relaciona assim, algumas hipóteses, para a sociedade contemporânea se revelar incapaz para o diálogo

Na vida social de nossa época não estamos assistindo a uma monologização crescente do comportamento humano? Será um fenômeno típico de nossa civilização que acompanha o modo de pensar técnico-científico? Ou será que as experiências específicas de auto-alienação e de isolamento presentes no mundo moderno é que fazem os mais jovens se calar? Ou será ainda que o que se tem chamado de incapacidade para o diálogo não é propriamente a decisão de recusar a vontade de entendimento e uma mordaz rebelião contra o pseudo-entendimento dominante na vida pública? (GADAMER, 2009, p. 242-243).

A incapacidade para o diálogo pode ser identificada em diferentes tipos de diálogos reconhecidos por Gadamer. Estes ameaçam o sentido verdadeiro do diálogo vivo quando pensado desde a perspectiva de uma experiência hermenêutica. O filósofo mostra que existem formas de diálogo que embora pretendam se estabelecer como verdadeiros, são mais difíceis de o ser, exatamente porque existem dificuldades já instituídas, inerentes da própria condição dos interlocutores. Ao tratar do *diálogo pedagógico*, Gadamer aponta o diálogo estabelecido entre professor e aluno como uma das formas mais remotas de experiência do diálogo e alerta que “na situação do professor reside uma dificuldade peculiar em manter firme a capacidade para o diálogo, na qual a maioria sucumbe”. O que pode acontecer diante dessa dificuldade, segundo Gadamer (2009, p. 248), é que, “aquele que tem que ensinar acredita dever e poder falar e, quanto mais consistente e articulado for sua fala, tanto mais imagina estar se comunicando com seus alunos. É o perigo da cátedra que todos conhecemos”.

Por que perigo da cátedra? Porque na estrutura na cátedra, o monólogo se faz regra, uma vez que o professor tende a ser visto, por si mesmo e pelos demais, como o detentor do conhecimento. Essa condição por si só, se constitui em obstáculo ao diálogo vivo, pois ocorre em sentido oposto ao exercício do seminário “que costuma conter o máximo de diálogo investigativo possível e o mínimo possível de diálogo pedagógico” (GADAMER, 2009, p. 248). Nessa perspectiva, “a incapacidade para o dialogar dá-se principalmente por parte do professor e, sendo o professor o autêntico transmissor da ciência, essa incapacidade radica-se na estrutura de monólogo da ciência moderna da formação teórica” (GADAMER, 2009, p. 248).

O *diálogo de negociação* é outro tipo de diálogo, caracterizado por Gadamer, como uma práxis social comum entre parceiros comerciantes e negociações políticas. Ainda que não tenha

um caráter de comunicação mútua, quando o objetivo é alcançado nesse tipo de diálogo, um equilíbrio também foi produzido. Entende-se, portanto, que a função do diálogo, aqui, é produzir um equilíbrio. Nesse sentido, o êxito desse diálogo somente acontece quando se estabelece um acordo, o que pressupõe “[...] a definição geral do diálogo, segundo o qual para se poder dialogar é preciso saber ouvir” (GADAMER, 2009, p. 249). No entanto, as partes envolvidas na negociação, “[...] não são afetadas ou atingidas como pessoas, mas como administradores dos interesses que representam” (GADAMER, 2009, p. 249). Na perspectiva hermenêutica gadameriana, o diálogo não se constitui verdadeiro quando a pessoa não se afeta, quando não se transforma em seu ser, ou seja, quando nenhum dos interlocutores coloca em jogo, o próprio ser. Contudo, um diálogo de negociação, embora imbuído dessas características, ainda tem a possibilidade de se tornar um diálogo em sentido hermenêutico, ético e verdadeiro, se houver nos interlocutores, por exemplo, a capacidade de saber ouvir (GADAMER, 2009).

O *diálogo terapêutico*, inerente à prática psicanalítica, tem importante interesse instrutivo, segundo Gadamer (2009, p. 249), pois “[...] a incapacidade para o diálogo é justamente o ponto a partir do qual a recuperação do diálogo se apresenta como o processo da própria cura”. O objetivo de toda e qualquer análise, é recuperar a capacidade de o sujeito falar sobre si, recuperar o diálogo como elemento fundamental da própria cura. Quando imbuído de delírios de imaginação, o sujeito não consegue ouvir a linguagem do outro; e todo lugar em que a linguagem é reprimida, sufocada ou não acontece, é um lugar patológico, exatamente por sermos seres de linguagem. Hermann (2014, p. 149) enfatiza que “a experiência hermenêutica, conduzida pelo diálogo, acontece justamente onde e quando algo ‘ganha voz’” Gadamer (2009, p. 250) ressalta, que “o diálogo é resultado de um trabalho comum de esclarecimento e não a simples aplicação de um saber [...]”. Diálogo é, portanto, *trabalho, esforço, dedicação, suor*.

Gadamer (2009, p. 251-250) também aponta a incapacidade para o diálogo que não se reconhece a si mesma, esclarecendo que “sua forma normal é a de que a pessoa não vê essa incapacidade em si, mas no outro”. O outro é incapaz de dialogar, como na situação da afamada sentença: “Com você não se pode conversar”. A incapacidade de dialogar, “é em última instância, sempre o diagnóstico de alguém que não se presta ao diálogo e não consegue entrar em diálogo com o outro”, pois “a incapacidade do outro é sempre também a própria incapacidade” (GADAMER, 2009, p. 250). Entende-se, assim, que nunca a incapacidade será somente do outro, porque para ter diálogo é preciso, ao menos, duas pessoas. Se o outro não é capaz de dialogar, eu também não sou. A incapacidade é compartilhada, porque o diálogo é interlocução. Mesmo que um dos interlocutores esteja aberto e realize a tentativa, a abertura de espaço ou o movimento de perguntar, caso o outro venha a negar o diálogo, ainda assim, a

incapacidade permanece, porque a incapacidade do outro é sempre a própria incapacidade, pela ótica de que o diálogo é sempre entre dois.

Em vista disso, a crítica gadameriana realizada em torno da incapacidade para o diálogo, revela ainda, tanto os elementos estruturantes que lançam o diálogo como espaço vivo e verdadeiro, assim como coloca em relevo as condições para que esse aconteça, considerando as forças que se constituem contrárias e de resistência a esse acontecer. Se a arte do diálogo vem sofrendo nefasta influência de forças contrárias e de resistência ao seu acontecer, trata-se de considerar também aqui, ainda que de modo breve, a relação existente entre arte e diálogo e o reconhecimento do diálogo como uma arte. Ao nosso ver, pensar essa relação significa pensá-la a partir da origem e concepção filosófica formativa da hermenêutica, quer dizer, da pergunta: por que arte e não ciência do diálogo?

Compreendemos que arte no contexto filosófico formativo da hermenêutica, tem relação com um procedimento que não é da esfera do científico, ou seja, não é da ordem da *episteme* [conhecimento teórico], mas da *práxis* – do fazer mediado pela reflexão, que retorna para o fazer, num ciclo constante. A arte, aqui, relaciona-se com a sabedoria prática – *phronesis*<sup>28</sup> –, quer dizer, ao modo da experiência, isto é, como saber prático que resulta no processo da dialética teoria prática (FENSTERSEIFER; KRONBAUER, 2023). A experiência na esfera da sabedoria prática, “não é sinônimo nem de sensações tampouco de repetição mecânica” como esclarece Fensterseifer e Kronbauer (2023, p. 10). Por isso, fala-se em arte do diálogo. Para Dalbosco (2014, p. 23) trata-se, ainda, “de um sentido mais profundo de experiência marcado pela historicidade e pela linguagem”. O diálogo entendido na sua origem filosófica não remonta, assim, a um procedimento próprio da ciência natural, mas se constitui alicerçado a um saber oriundo da prática; logo, o que está desaparecendo é a arte do diálogo e não a ciência do diálogo.

Desse modo, por que a arte do diálogo está desaparecendo? A tese fundamental da hermenêutica apoia-se na perspectiva de que a linguagem ocorre apenas no diálogo e o diálogo acontece somente na linguagem, exatamente porque o homem é um ser de linguagem. Mesmo na presença de símbolos linguísticos, para que a linguagem se torne viva é preciso que haja uma interlocução linguística, ao modo atribuído por Dalbosco (2014, p. 23) quando diz que “a linguagem como diálogo abre um horizonte inesgotável de sentido que não pode ser apreendido

---

<sup>28</sup> O conceito de *phronesis* e sua relação com diálogo enquanto postura será trabalhado no tópico 4.4, no qual buscaremos revelar o que significa pensar a formação pedagógica do preceptor a partir da noção de diálogo para concretizar a hermenêutica enquanto princípio pedagógico justificado pela noção de clínica ampliada.

pelo procedimento objetivador das ciências experimentais”, ou seja, não pode ser calculada e manipulada experimentalmente. Para Gadamer (2009, p. 243), o diálogo se constitui distinto do “[...] intercâmbio travado nos sons ruidosos da vida social [...] precisa ser compreendido em sentido bem mais ambicioso”. Essa compreensão em sentido mais ávido brota do entendimento de que

[...] o problema do diálogo não se faz sentir naqueles casos em que a convivência estreita de duas pessoas vai tecendo o fio da conversação. A questão da incapacidade para o diálogo refere-se, antes, à possibilidade de alguém abrir-se para o outro e encontrar nesse outro a abertura para que o fio da conversação possa fluir livremente (GADAMER, 2009, p. 243).

A abertura ao outro no sentido de uma conversação, ao precisar acontecer na esfera da reciprocidade, se constitui como elemento fundamental para o diálogo vivo. E por que vivo? Porque a experiência de sensibilidade pode ser oportunizada. É nesse diálogo que podemos experimentar condições mais autênticas para percebermos em perspectiva hermenêutica, as expressões faciais, a entonação da voz, a linguagem do corpo, ou seja, “[...] ouvir a disposição de abertura do outro para entrar no diálogo” (GADAMER, 2009, p. 244). Condições que podem se tornar ainda mais limitadas, reduzidas e insuficientes em qualquer outra forma de interlocução linguística, que não a presencial. É em vista disso que o diálogo vivo é o diálogo em sentido hermenêutico, e que se constitui, segundo Gadamer (2009), no único modo capaz de uma experiência dialógica verdadeira. Para que aconteça no âmbito de uma experiência viva e verdadeira, ou seja, hermenêutica, o diálogo exige condições elementares consonantes com a disposição e abertura ao outro, como a entrega ao desconhecido, o tato, a escuta, a aproximação, a dialética entre pergunta e resposta, o silêncio, a compreensão.

A disposição, por parte dos interlocutores, de entregar-se a um processo social aberto; o reconhecimento mútuo da autonomia dos parceiros; a capacidade de ouvir um ao outro; sua interdependência no sentido de aceitarem que somente juntos chegarão a um resultado construtivo; e a renúncia a quaisquer verdades últimas (FLICKINGER, 2014, p. 83).

O diálogo em sentido hermenêutico exige disposição por parte dos interlocutores, de entregarem-se “a um processo social aberto” (FLICKINGER, 2014, p. 83). Pensar em um processo social aberto, é pensar num processo que não tem fim definido de antemão. Não sabemos ao que estamos nos entregando quando nos lançamos para o diálogo; e mesmo diante do desconhecido, se ainda sim, a disposição para dialogar for autêntica, é preciso entrega. O diálogo também pressupõe o reconhecimento mútuo da autonomia dos parceiros, pois não

reconhecer a autonomia do outro no diálogo, constitui um entrave ao acontecer de um diálogo hermenêutico. E o que significa não colocar entrave ao diálogo? Significa escutar, pois admite-se que a dificuldade de escutar o que o outro tem a dizer sem julgamentos prévios e sem querer colocar de imediato a própria palavra é condição inerente ao agir humano, que precisa ser refreada para que o diálogo floresça.

Para que o diálogo se estabeleça, é preciso que o outro também entre no campo, se abra e responda. Isso significa que para entrar no campo do diálogo tem que haver a palavra. Mesmo que a palavra seja condição indispensável ao diálogo, o silêncio, como aponta Gadamer (2009), também se configura como um elemento deste. O diálogo exige a capacidade de escutar um ao outro, pois quem não escuta, não dialoga. A escuta exige um silenciamento. É preciso silenciar para poder ouvir, pois não conseguimos ouvir falando. No diálogo vivo, o silêncio, para ser produtivo, precisa tomar uma condição de pausa – tempo para acolher a fala do outro, para pensar, para refletir e que não pode ser permanente. Essa condição pode ser exemplificada, quando numa conversa a pergunta é lançada por um dos interlocutores e o outro silencia anunciando verbalmente sua pausa, seu momento de silêncio para poder pensar.

O diálogo se caracteriza, assim, pela palavra anunciada, mesmo que na necessidade da pausa reflexiva. O silêncio pode fazer parte do diálogo desde que anunciado ao interlocutor. Esse anúncio da pausa oferece ao interlocutor a percepção de que o diálogo não se encerrou, que ele pode ser retomado, que algo novo pode surgir da conversação e que a compreensão construída até um dado momento tem caráter provisório e pode ser modificada/transformada. O tempo, a pausa produtiva – tempo para refletir – constitui-se fundamental em qualquer diálogo, pois conforme aponta Gadamer (2009), o discurso oriundo do pensamento técnico científico está minando a força de criação literária, a sensibilidade da alma e a fantasia criativa. Sem esses elementos, também não é possível diálogo em sentido hermenêutico.

Portanto, a abertura está na essência da experiência hermenêutica do diálogo que tem a estrutura da pergunta-resposta-pergunta, a qual se faz fundamental dentro do diálogo, pois “[...] não se fazem experiências sem a atividade do perguntar” (GADAMER, 2014, p. 473). Para Gadamer (2009, p. 244), o verdadeiro carisma do diálogo se faz presente apenas “[...] na espontaneidade viva da pergunta e resposta, no dizer e deixar-se dizer”. Nesse sentido, “a fala somente é o que ela é, quando for no diálogo” (GADAMER, 2006, p.133). O diálogo se constitui, portanto, em troca recíproca entre pergunta e resposta, o que implica o falar com alguém que responde a seu interlocutor, sendo este tipo de interação inseparável de seu significado. A hermenêutica contempla, no diálogo vivo entre interlocutores – entre sujeitos –, fundado na estrutura da pergunta e resposta, o motor do processo compreensivo. Assim, “a arte

de podermos ouvir-nos uns aos outros e a força de poder escutar o outro, isso é o novo e nisso consiste o universal de toda a hermenêutica, que envolve e suporta nosso pensamento e nossa razão” (GADAMER, 2006, p. 168).

Desse modo, para Gadamer (2009, p. 247), “o que perfaz um verdadeiro diálogo não é termos experimentado algo de novo, mas termos encontrado no outro algo que ainda não havíamos encontrado em nossa própria experiência de mundo”. Este diálogo, possui assim, proximidade com a amizade. E qual o sentido de amizade nesse diálogo? Amizade num sentido filosófico, que remonta a ideia do diálogo socrático, quer dizer, somente é possível conversar com o outro se em alguma medida, existir amizade. É preciso que entre os interlocutores esteja sendo nutrido algum tipo de desejo e disposição de proximidade, de afetividade. É preciso existir alguma forma de *Eros* enquanto uma força de disposição para a vida. E como humanos a sociabilidade está no próprio ser, não vivemos sem estar na presença do outro, sozinhos, isolados; estamos invariavelmente atrelados ao outro; não existimos sem o outro<sup>29</sup>. É desse modo que o diálogo se aproxima da amizade, pois somente é possível existir vida na amizade.

É só no diálogo (e no “rir juntos”, [que funciona como um entendimento tácito, entendimento sutil, transbordante] que os amigos podem encontrar-se e construir aquela espécie de comunhão onde cada qual continua sendo o mesmo para o outro porque ambos encontram o outro e encontram a si mesmos no outro (GADAMER, 2009, p. 247, grifo do autor).

No diálogo enquanto experiência hermenêutica, os amigos se reconhecem como seres humanos, como seres de linguagem. Eu me encontro no outro, porque eu falo e reconheço estar diante de um outro que também fala. Desse modo, Flickinger (2010) aponta que o escutar e o prestar atenção abrem ao ser humano o acesso a determinado conteúdo que o desafia a reconsiderar suas próprias convicções e supostas certezas. Abre, ainda, o acesso ao outro, ao seu modo de refletir e agir, possibilitando um questionamento permanente que almeja ser levado a sério de forma teórica e prática. O diálogo pressupõe uma interdependência no sentido de os interlocutores aceitarem que somente juntos chegarão a um resultado construtivo e a renúncia a quaisquer verdades últimas. Portanto, para que o dialogar hermenêutico aconteça, é preciso disposição para entrar no campo no diálogo, abertura para ouvir o outro e a compreensão de que somente juntos será possível chegar a um resultado enquanto revisão de postura, de saberes, de crenças, o que oferece lugar para a elaboração de sentidos construídos coletivamente.

---

<sup>29</sup> O que não significa dizer que não possamos ficar períodos, momentos sem o outro, pois essa condição constitui um equilíbrio vital.

## 4.2 O diálogo na produção dos saberes

Como produzir conhecimentos mais efetivos para a resolução dos problemas complexos colocados pela contemporaneidade e que somente uma perspectiva de saber não consegue mais abarcar? A interdisciplinaridade é defendida por Gadamer (2006) como um critério da produção desses conhecimentos, que segundo Bouffleur e Moura (2020, p. 4), “[...] exige um tipo de articulação que recupere o pano de fundo do mundo da vida do qual as disciplinas emergiram e se estabeleceram com seus recortes e respectivas metodologias com vistas à produção de saberes objetiváveis”.

Flickinger (2010) aponta que, do ponto de vista epistemológico, uma área disciplinar não se mostra capaz de produzir conhecimento de modo isolado, justamente porque uma área disciplinar não consegue, também de modo isolado, resolver os problemas do mundo contemporâneo. Todavia cada área não pode deixar de entender o conhecimento que produz, e como o produz, inclusive para poder dialogar com as outras áreas do saber. Assim, a produção do conhecimento, na perspectiva hermenêutica, é sempre interdisciplinar, o que não significa, segundo Gadamer (2006), a ausência da disciplinaridade.

Gadamer (2006) refere ser o fortalecimento da disciplinaridade, que se abre para o diálogo interdisciplinar e que retorna para o campo específico no sentido de rever as próprias concepções, epistemológicas inclusive, o movimento interdisciplinar dentro da postura hermenêutica. Postura que pressupõe abertura para os outros campos disciplinares. Abrir-se para outra área disciplinar significa querer saber sobre esta; e querer saber exige a capacidade de escutar e perguntar sobre o que não se sabe. A pergunta possibilita a recuperação de pré-compreensões. Em relação a isso, Flickinger (2010) aponta que

o relacionamento entre disciplinas parece ser marcado por uma estrutura que permite não apenas descobrir o entendimento específico de cada um quanto ao tema a ser tratado, mas também motivar a autorreflexão sobre os próprios olhares restritos que delimitam seu questionamento. O que está em jogo, nessa referência mútua das disciplinas, remete a um seu fundamento hermenêutico implícito; fundamento este que nos faz entender os pressupostos imprescindíveis para qualquer cooperação interdisciplinar eficiente (FLICKINGER, 2010, p. 47).

Assim, a interdisciplinaridade somente acontece na cooperação, o que exige a abertura. Flickinger (2010) apresenta aspectos a serem considerados na construção de pontes entre as disciplinas, encontrando no diálogo hermenêutico o sentido autêntico da cooperação interdisciplinar.



A primeira consideração sobre o diálogo enquanto fundamento da cooperação interdisciplinar revela a não legitimidade de imposição de qualquer disciplina em relação às outras, seja pela sua forma de produzir conhecimento ou ação. Em vez de desafiar as outras, cada disciplina se vê obrigada, na relação, a expor a própria perspectiva “ao risco de ser contestada à base de argumentos bem fundamentados” (FLICKINGER, 2010, p. 51). Nessa relação dialógica cooperativa, a qual Flickinger (2010) também denomina como jogo interdisciplinar, o verdadeiro sentido está na disposição dos sujeitos participantes, em colocar seu saber específico no horizonte crítico e questionador de outras áreas do saber, diferentes em especificidade teórico-prática. Considera-se que nenhuma área deveria saber, de antemão, o resultado ou o novo saber a nascer desse jogo de compreensões, pois, segundo Flickinger (2010, p. 52),

É este espaço inesperado, não dominado por nenhuma das perspectivas disciplinares, que tanto irrita, pois sua experiência representa ameaça contínua dos pilares disciplinares que definem não apenas a identidade disciplinar, mas garantem, no dia a dia, a legitimidade dos interesses a serem tematizados e cumpridos dentro do horizonte disciplinar do questionamento.

A resistência contrária a esse espaço aberto mostra-se contundente na percepção de Flickinger (2010, p. 52), por considerar nada pior do que ter que renunciar, forçadamente, às certezas básicas. Considera-se que onde existe o humano, existe o interesse, e renunciar certezas básicas é também admitir a condição de vulnerabilidade. Entende-se que se esse espaço aberto não for trabalhado no sentido da cooperação, do entendimento, da solidariedade, predominará a dominação, o controle e o desejo de poder.

A hermenêutica nos mostra assim, uma certa humildade epistemológica na construção de verdades provisórias e historicamente construídas, porque somos seres históricos. E ainda, porque “há sempre algo que não é decifrável no acontecer da interpretação [...] algo sempre nos escapa, pois somos finitude” (HERMANN, 2014, p. 150). Os interlocutores têm consciência da própria fragilidade e da fragilidade dos saberes que estão sendo construídos no momento, justamente porque reconhecem se tratar de saberes contextuais, processuais relativos à interlocução e que podem se modificar no instante seguinte. Em vista disso, no diálogo, os interlocutores contribuem igualmente para a construção do novo sentido que está sendo dado para aquele saber (FLICKINGER, 2014), considerando que facilmente escorregamos para doutrinação na conversa com o outro.

A segunda consideração apontada por Flickinger (2010, p. 52) afirma “que o encontro de disciplinas distintas não é inteiramente calculável”, pois não se sabe, de antemão, as áreas

do conhecimento que poderiam contribuir no sentido de dar respostas às questões levantadas. Isso porque cada questionamento se pauta em uma pré-compreensão do horizonte dentro do qual se esperam respostas relevantes, uma vez que são as pré-compreensões que determinam o nosso ser. O avanço do conhecimento em sentido hermenêutico ocorre, portanto, no momento em que pelo diálogo interdisciplinar verdadeiro – diálogo vivo – são resgatadas pré-compreensões acerca de uma determinada realidade e, consciente destas, elabora-se um novo sentido a esta realidade. Diante disso, Gadamer (2014) vai dizer que o conhecimento na perspectiva hermenêutica, é histórico e não pode ser alheio ao contexto.

O trabalho interdisciplinar faz-nos voltar à reconsideração do alcance e dos limites da disciplina por nós representadas. Isso é o que nos faz falar de diferentes culturas científicas. O diálogo interdisciplinar não nos abre apenas os olhos para enxergar melhor o que se passa em outras áreas, senão nos torna cada vez mais especialistas na nossa disciplina de origem. Somente assim se abre um leque mais amplo de conhecimentos, capaz de integrar os mais diversos acessos ao mundo (FLICKINGER, 2010, p. 53).

A terceira consideração apresentada se refere, assim, ao reconhecimento mútuo das disciplinas científicas enquanto uma das exigências para a condução do diálogo interdisciplinar, o que revela uma dimensão ética. Segundo Flickinger (2010, p. 53), esse reconhecimento significa “aceitar o ser diferente das disciplinas sem querer assemelhá-las uma à outra pressupõe uma postura ética de reconhecimento e de responsabilidade mútua”, quer dizer, “reconhecer a si mesmo no outro, e estar pronto para dar as respostas exigidas pela pergunta do outro”.

Dessa maneira, a interdisciplinaridade representa o momento determinante pelo qual o diálogo concretiza a hermenêutica enquanto princípio epistemológico. Assumir uma postura dialógica do ponto de vista do conhecimento significa reconhecer que o conhecimento é uma construção que precisa ser alcançada de modo compartilhado e colaborativo.

#### *4.2.1 Clínica ampliada, diálogo interdisciplinar e formação do preceptor*

A Clínica Ampliada e Compartilhada (CAC)<sup>30</sup>, que constitui a concepção orientadora da formação em nível graduação, de residência multiprofissional e em nível de formação

---

<sup>30</sup> A CAC integra as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). Essa diretriz amplia o conceito de saúde do modelo biomédico/fragmentado para a noção de atenção integral/resolutiva/humanizada, enfatizando a importância da autonomia do sujeito no processo de tratamento e do vínculo solidário. Nesse processo, deve-se respeitar a subjetividade de cada indivíduo e de cada coletividade no sentido de torná-los corresponsáveis pela

pedagógica do preceptor do ensino em saúde (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2012; HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2021). Essa concepção está articulada ao cenário da formação profissional em saúde, propondo uma perspectiva generalista/humanista de formação. Também no âmbito da proposta de Especialização em Preceptoria no Sistema Único de Saúde, a noção de clínica ampliada e compartilhada revela-se como uma concepção a ser fortalecida por meio da reflexão sobre o cuidado. Esta reflexão é proposta, especificamente, na unidade educacional denominada “Integrando ensino-serviço-comunidade no contexto da formação” (HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS, 2021, p. 58), o que revela uma vinculação entre clínica ampliada e compartilhada e formação de preceptores no SUS.

Marins (2011) coloca em questão o enfoque e finalidade da formação pedagógica do preceptor para atender tanto à necessidade de formação profissional adequada aos princípios do SUS quanto às DCNs. O autor revela questões conflituosas acerca “da construção de propostas que adaptem os modelos pedagógicos às práticas dos serviços de saúde” (MARINS, 2011, p. 47), pois “[...] quando pretendemos formar alguém ou pretendemos formar para formar [...] temos que ter clara a visão do conceito de saúde, ou seja, do que estamos entendendo como saúde”. A problematização apresentada pelo autor é elucidativa do conflito existente na construção de propostas que vinculem modelos pedagógicos e práticas de saúde:

É saúde na *visão assistencialista*, na *biológica* ou estamos entendendo que saúde é o *bem-estar físico, psíquico, social e espiritual*? No caso de trabalharmos com esta última lógica, a nossa questão torna-se bem mais abrangente. Serão muitos os fatores que estarão envolvidos na determinação do processo saúde/doença, além de se encontrarem ampliadas as abordagens de competências, de cenários e de práticas (MARINS, 2011, p. 47, grifo nosso).

A definição de clínica ampliada e compartilhada nas Cartilhas HumanizaçãoSUS (BRASIL, 2013), produzida pelo Ministério da Saúde de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH)<sup>31</sup>, enquanto ferramenta teórico-prática, envolve a concepção ampliada de saúde, considerando a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde-doença,

---

condução dos processos de cuidados. A CAC se solidifica necessariamente em uma perspectiva de trabalho transdisciplinar e multiprofissional (BRASIL, 2009; 2013).

<sup>31</sup> A PNH, lançada em 2003, tem como finalidade, colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Para isso, busca estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para que sejam construídos “processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si”. Busca ainda, de forma compartilhada, a construção de planos de ação que promovam e disseminem inovações nos modos de fazer saúde (BRASIL, 2013, p. 3).

permitindo “o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia” (BRASIL, 2013, p. 10). Propõe o trabalho em equipe e uma clínica interdisciplinar, constituindo-se num modo “de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas” (BRASIL, 2009, p. 10). A CAC considera a saúde de modo complexo, processual, singular, reconhecendo a multiplicidade de dimensões que se articulam para favorecer a vida humana. Para dar conta desta perspectiva ampliada de saúde, a CAC aposta no trabalho em equipe e na interdisciplinaridade como ferramentas epistemológicas, metodológicas e pedagógicas para a atuação e a formação de preceptores na saúde, trazendo a perspectiva comunicativa e dialógica como noção que operacionaliza essas ferramentas.

Esta perspectiva comunicativa e dialógica proposta para o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade na atuação e na formação de preceptores na saúde, encontra ressonância no diálogo em sentido hermenêutico à medida em que assumir uma postura dialógica do ponto de vista do conhecimento significa reconhecer seu caráter processual, compartilhado e colaborativo (GADAMER, 2009). Tanto do ponto de vista da clínica ampliada e compartilhada quanto da hermenêutica, revela-se a insuficiência de uma disciplina para resolver os problemas contemporâneos, ao mesmo tempo em que ambas afirmam a interdisciplinaridade como critério para a produção de conhecimento. A hermenêutica gadameriana ajuda a ver que formar o preceptor do ensino em saúde a partir da compreensão da interdisciplinaridade como fundamento para a produção do conhecimento bem como da atuação no campo da saúde, demanda desenvolver uma postura dialógica de abertura e de reconhecimento das diferentes perspectivas relativas aos conhecimentos, seus modos de produção e a interpretação singular de cada profissional residente em relação a estes. Ou seja, a interdisciplinaridade não floresce genuinamente senão como exercício de diálogo vivo.

A cartilha HumanizaSUS, que orienta a operacionalização da clínica ampliada e compartilhada, não contempla uma definição sobre o conceito de interdisciplinaridade, mas este aparece pressuposto através de expressões indicadas neste documento, como: “equipe interdisciplinar” (BRASIL, 2009, p. 10), “trabalhar com diferentes enfoques” (BRASIL, 2009, p. 11), “compartilhar saberes e poderes” (BRASIL, 2009, p. 11), “integrar várias abordagens” (BRASIL, 2009, p. 14), “construir sínteses singulares” (BRASIL, 2009, p. 14). Ou seja, a atuação em equipe interdisciplinar prevê a responsabilização de cada integrante da equipe pela ação, instaurando a necessidade de uma postura dialógica na discussão coletiva. Essa postura, do ponto de vista da hermenêutica, exige a capacidade de abertura para o outro campo do saber (FLICKINGER, 2010), o que significa, na formação do preceptor do ensino em saúde, aprender

a ponderar que todas as opiniões podem ser consideradas relevantes para entender o sujeito e o cuidado em saúde, tendo em vista a ampliação da clínica (BRASIL, 2009).

A clínica ampliada e compartilhada repercute a premissa hermenêutica sobre não desvalorizar nenhuma abordagem disciplinar, buscando, antes, “integrar diferentes abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional” (BRASIL, 2009, p.14). Diante dessa premissa, a CAC diz ser necessário criar um contexto favorável para que se possa falar de sentimentos/saberes não somente próprios do núcleo profissional, no sentido de colocar em discussão a fragmentação do processo de trabalho. No entanto, os documentos norteadores da clínica ampliada e compartilhada (BRASIL, 2009; 2013) não apresentam com clareza a) o que constitui um contexto favorável para falar de sentimentos/saberes de modo não-restrito ao núcleo profissional, nem b) as possíveis repercussões desse movimento de falar sobre sentimentos/saberes para além do campo disciplinar, na qualificação da própria área específica para tratar com a complexidade do trabalho em saúde.

Esse contexto favorável para falar de sentimentos/saberes próprios do núcleo profissional, pelo olhar hermenêutico, reivindica uma certa humildade epistemológica (HERMANN, 2014) e a consciência, tanto da fragilidade e provisoriedade do conhecimento de quem fala, quanto da fragilidade e provisoriedade dos saberes que estão sendo construídos no momento (FLICKINGER, 2014). Pensar a formação do preceptor dentro desse contexto favorável, significa o desenvolvimento de uma postura que busca fortalecer um saber disciplinar que se abre ao movimento interdisciplinar reforçado pela postura hermenêutica. Essa postura exige que o preceptor retorne ao campo específico do conhecimento após o diálogo interdisciplinar, no sentido de rever as próprias concepções e os limites destas, inclusive epistemológicas – sobre o que sabe e como produz o que sabe –, ou seja, o saber próprio da sua área, que orienta sua prática assistencial e também pedagógica, na formação do profissional residente.

A clínica ampliada e compartilhada ainda “busca construir sínteses singulares tensionando os limites de cada matriz disciplinar” (BRASIL, 2009, p. 14). Em sentido hermenêutico, a percepção dos limites do campo específico reverbera num avanço do conhecimento produzido. Contudo, este avanço ocorre somente no diálogo interdisciplinar vivo, no momento em que pré-compreensões acerca de uma determinada realidade são resgatas para a posterior elaboração de um novo sentido para esta realidade. O “estudo de caso”, (SANTOS *et al.*, 2019), a “reunião de equipe” (VENTURA, 2021) e o “*round* multidisciplinar” (SANTOS *et al.*, 2022), constituem-se, na área da saúde, em estratégias orientadas pela

finalidade da clínica ampliada, para alinhar tanto processos do cuidado, quanto práticas pedagógicas para a formação do residente. Esses espaços de produção do conhecimento na saúde pressupõem o diálogo interdisciplinar (SANTOS *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2022; VENTURA, 2021). Todavia, conforme Ventura (2021), justamente a capacidade e a disponibilidade para se comunicar constitui o desafio central entre as diferentes áreas do saber nesses espaços. Segundo a autora, essa dificuldade de comunicação tem origem, também, de uma falha presente durante a formação em nível de graduação, que tende a voltar a atenção para o aprendizado do domínio de técnicas para atuação prática assistencial, deixando despercebida a importância do saber trabalhar em equipe, quer dizer, de se comunicar, de dialogar.

A capacidade e a disponibilidade para se comunicar tem vinculação direta com o sentido de “entrega” na hermenêutica. A entrega, nessa perspectiva, exige postura de abertura que compreende reflexão, pergunta, escuta, silêncio, honestidade e humildade em sentido socrático, reconhecendo o próprio não saber (GADAMER, 2006; 2009). Entretanto, a compreensão sobre o que seja essa noção de abertura ainda se mostra superficial na formação do preceptor a partir dos documentos que orientam a operacionalização da clínica ampliada e compartilhada (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013).

O aspecto epistemológico da formação pedagógica, ainda amplamente calcado na ciência metódica-experimental, que se desdobra numa postura cientificista de interpretação, faz com que o desenvolvimento da abertura no profissional da saúde seja dificultado. Formar o preceptor do ponto de vista da produção do conhecimento em sentido hermenêutico significa formar uma percepção renovada sobre teoria, sendo esta compreendida não somente como resultado do método científico – noção que está na base da produção do conhecimento na saúde (GADAMER, 2006) –, mas também como aquilo que se produz no diálogo entre sujeitos, como *práxis*.

O preceptor assume importância nuclear na condução do diálogo interdisciplinar na formação em saúde em nível de residência multiprofissional (BRASIL, 2012; 2021). A leitura hermenêutica prevê que o estabelecimento do diálogo enquanto espaço de percepção, inclusive dos limites da área, exige entrega e disposição dos participantes em colocar o próprio saber específico no horizonte crítico e questionador de outras áreas do saber (GADAMER, 2009). Formar o preceptor sob a ótica da entrega e da disposição para a abertura significa a compreensão e o exercício de uma postura epistemológica que não pretende chegar em certezas finais ou fundamentais no que se refere ao ser humano e às relações humanas, mas que se orienta pelo pressuposto das certezas provisórias, construídas no espaço-tempo do diálogo vivo, sempre singular, histórico e contingente.

O documento orientador da CAC afirma ainda que a complexidade da clínica colocada pela contemporaneidade “provoca, em alguns momentos, sensação de desamparo no profissional, que não sabe como lidar com a complexidade” (BRASIL, 2009, p. 15). Esse reconhecimento da complexidade, conforme indica o documento, “deve significar o reconhecimento da necessidade de compartilhar diagnósticos de problemas e propostas de solução” (BRASIL, 2009, p. 15). Essa indicação de reconhecimento encontra suporte na hermenêutica, no momento em que o diálogo enquanto fundamento da cooperação interdisciplinar não confere legitimidade à imposição de qualquer disciplina em relação às outras, seja pelo seu modo de produzir saber ou agir (FLICKINGER, 2010). A clínica ampliada e compartilhada reconhece a impossibilidade de “soluções mágicas e unilaterais” para resolver a complexidade da clínica, mesmo que diante de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença (BRASIL, 2009, p. 15). A aposta da CAC de que “aprender a fazer algo de forma compartilhada é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e individual” (BRASIL, 2009, p. 15) conversa com a proposta de construção de pontes entre os diferentes campos do saber, que pode encontrar no diálogo hermenêutico sentido autêntico de cooperação interdisciplinar (FLICKINGER, 2010).

A clínica ampliada e compartilhada privilegia também uma comunicação transversal na equipe interdisciplinar e aponta a necessidade de técnicas relacionais que permitam uma clínica compartilhada. Dentre essas técnicas, estão “a capacidade de escuta do outro e de si mesmo” (BRASIL, 2009, p.17). Na ausência de maiores esclarecimento, no referido documento, sobre o que sejam essas técnicas ou mesmo de que modo a capacidade de escuta do outro e de si mesmo torna-se uma técnica, o suporte do referencial hermenêutico revela que abrir-se para outra área disciplinar significa querer saber sobre esta área e querer saber exige a capacidade de escutar e perguntar o que não lhe é comum à especificidade (FLICKINGER, 2010). Entretanto, “as dificuldades no trabalho em saúde refletem baixa grupalidade solidária na equipe, alta conflitividade, dificuldade de vislumbrar os resultados do trabalho” (BRASIL, 2009, p. 38). Do ponto de vista da hermenêutica, essa dificuldade existe porque considera-se que onde existe o humano, existe condição de interesse, dificuldade de renunciar certezas e expor vulnerabilidades em relação ao que se sabe. O diálogo vivo ocorre, segundo Gadamer (2006; 2009), justamente porque considera estas características do humano.

A formação do preceptor do ensino em saúde orientada para a cooperação, para o entendimento, para a solidariedade pressupõe o desenvolvimento de uma postura epistemológica na saúde de reconhecimento da contextualização e do caráter processual, em que todos os participantes contribuem igualmente para a construção do novo sentido que está

sendo dado para o saber elaborado no diálogo interdisciplinar. A necessidade do olhar interdisciplinar na efetividade da clínica ampliada em termos de produção do conhecimento justifica a formação do preceptor em sentido epistemológico orientado pela hermenêutica.

O diálogo vivo interdisciplinar propõe articular a pluralidade de olhares das diferentes disciplinas que é necessária para acolher a complexidade do cuidado na área da saúde e das relações humanas, as quais não se deixam apreender no interior dos engessados limites dos protocolos e dos procedimentos técnicos. Reconhecemos a importância dos saberes técnicos científicos, da regulação dos procedimentos e dos protocolos clínicos, tanto para a eficiência do trabalho (PEIXOTO; BRITO, 2015, p. 1056) quanto para a formação da profissionalidade em saúde, pois vive-se num mundo que o recurso da técnica sobretudo no campo da saúde, para garantir a qualidade de vida, é imprescindível. Todavia, também reconhecemos a insuficiência da técnica, do procedimento, do protocolo para compreender as relações humanas. Ou seja, o problema é quando se aplicam procedimentos científicos, sobretudo numa perspectiva estritamente biológica, às relações humanas.

Desse modo, torna-se necessária a formação do preceptor no sentido de compreender que as relações humanas não são administráveis ou reguladas por protocolos, pois estas são de outra natureza que não a epistemológica em sentido científico. Partimos do entendimento de que as relações humanas estão na esfera do campo ético ou de uma epistemologia orientada pela hermenêutica e que a formação do preceptor, enquanto relação humana, envolve esta compreensão. O conhecimento na área da saúde, por ser oriundo de campos disciplinares diferentes, precisa ser produzido de modo cooperativo ou colaborativo e elaborado a partir da postura aberta e dialógica.

### **4.3 O diálogo nas relações éticas**

O diálogo concretiza a hermenêutica enquanto princípio ético pela postura de abertura, receptividade e reconhecimento da legitimidade da posição do outro na conversação. Trata-se de uma postura que, ao exigir reconhecimento e responsabilidade mútuas, revela a necessidade de um fundamento ético que segundo Grondin (1999), é a dimensão que vai oferecer ancoragem para uma interlocução linguística entre sujeitos, os quais trazem seus preconceitos para essa interlocução. O recurso a esses preconceitos acontece somente no diálogo vivo, na presença do outro, segundo Flickinger (2010). A estrutura dialógica pressupõe, nesses termos, reconhecer e legitimar o outro como parceiro do percurso argumentativo e compreensivo.



Para Flickinger (2014, p. 84-85), reconhecer o outro como parceiro de diálogo não significa apenas respeitar sua opinião. Exige tomar o outro como espelho, “pois nele a pessoa é lançada a si mesma e obrigada a reavaliar suas convicções anteriores. O outro ou o interlocutor é o incentivo que nos faz refletir sobre nossa opinião atual”. Para tanto, é preciso escutar o outro, pois o respeito mútuo entre os participantes do diálogo manifesta-se também na disposição para o ouvir mútuo. O ouvir, nesse sentido, constitui-se como meio da experiência e como meio privilegiado de acesso à verdade. O acesso à verdade, antes condicionado ao falar e ao ouvir, está sendo suplantado na contemporaneidade pela primazia do ver (FLICKINGER, 2014).

A hermenêutica, segundo Flickinger (2010; 2014), lança as bases para a recuperação do ouvido como órgão produtor de conhecimento em detrimento da visão, que seria o sentido privilegiado da produção do conhecimento quando se fala em ciências naturais, por exemplo, ou de uma epistemologia baseada no campo de produção do conhecimento das ciências naturais, de observação do objeto. Enquanto nas ciências naturais, o pressuposto epistemológico de produção do conhecimento assume que “eu observo o objeto, eu o descrevo, logo, eu o domino”, na hermenêutica considera-se que “quando eu escuto o outro, é que reviso meu saber e, assim, se produz um novo saber a partir do diálogo com o outro”. Portanto, a verdade proveniente do diálogo em sentido hermenêutico surge por meio do seu caráter processual, quer dizer, no constante vaivém de argumentos, de perguntas, de respostas ou na ponderação contínua sobre a legitimação de raciocínios.

Desse modo, o diálogo segundo Hermann (2014, p. 144) “é um outro modo de alteridade”. Dialogar é entregar-se e abrir-se ao outro e, nessa entrega, constituir-se como ser. Dialogar, em sentido hermenêutico, não tem como finalidade convencer o outro, mas sim a autotransformação subjetiva a partir da realidade trazida por este. Para isso, é preciso disposição de entrega ao desconhecido e ao estranho, que se traduz em “experiência ontológica radical sempre presente e anterior a qualquer atividade reflexionante [...]” (GOERGEN, 2010, p. XIV). Entregar-se significa realmente abrir-se, sem a construção de obstáculos racionais que impeçam a escuta do que o outro está falando, pois “não acolher o estranho seria o próprio fracasso do diálogo” (HERMANN, 2014, p. 150).

O diálogo exige, portanto, a compreensão de que a experiência do encontro com o outro, exige a disposição de tomá-lo a sério. Entrar na conversação com o outro já com concepções, restrições prévias e tentando enquadrá-lo na própria racionalidade, significa desconfigurar esse outro. Entretanto, Gadamer esclarece que não entramos no diálogo sem preconceitos, pois sempre temos de antemão conceitos e sentidos construídos pela nossa história, pelas nossas

experiências, que podem ou não serem legitimados no diálogo. A questão reside no que se faz com esses preconceitos quando lançados ao diálogo, pois colocá-los à frente numa atividade reflexionante pode minar a disposição de respeitar o outro, tomando-o a sério (GOERGEN, 2010).

Em vista disso, a disposição de respeitar e tomar o outro a sério, é condição somente estabelecida no diálogo aberto e desprendido de uma racionalidade instrumental que estreita a capacidade de compreensão (GOERGEN, 2010). Essa racionalidade instrumental tem relação com o pré-julgamento, com o desejo de transformação do outro em objeto, o qual acredita-se saber de antemão, o que é, o que sabe e o que vai dizer. Transformar o outro em objeto significa, então, simultaneamente, estreitar nossa própria capacidade de compreensão.

Dessa maneira, cada reação do outro no diálogo em sentido hermenêutico, torna-se um novo desafio (FLICKINGER, 2014). Isso porque qualquer movimento diferente realizado pelo outro, seja na esfera da ação ou da fala, não estará sob perspectiva de transformação, caso não estivermos abertos para prestar atenção no que esse outro está trazendo para o diálogo. Assim, tudo o que o outro trouxer pode se tornar, em sentido hermenêutico, um desafio. O outro desafia, e se desafia a revisão das próprias crenças e concepções, desafia na direção da autotransformação. Por essa razão, o diálogo não é tarefa fácil, pois exige um olhar para as próprias dificuldades, limitações, ignorância, além de exigir o reconhecimento que o outro pode ter compreensões mais abrangentes sobre determinado assunto.

Rohden (2021, p. 261, grifo do autor) em desdobramento reflexivo sobre a pressuposição hermenêutica de que “o *outro não possui somente direitos*, mas pode ainda *ter razão*”, vai dizer que “levar a sério e saber lidar com a possibilidade de que o outro *possa ter razão* nos põe a tarefa de aprendermos a reconhecer os direitos e de nos abirmos aos argumentos e às palavras dos outros” (ROHDEN, 2021, p. 273, grifo do autor). Desse modo, o diálogo concretiza a hermenêutica enquanto princípio ético pela postura de abertura, receptividade, respeito, humildade, reconhecimento da própria vulnerabilidade, traduzida pelo não saber, e da legitimidade da posição do outro na conversação.

#### 4.3.1 *Clínica ampliada, ética do diálogo e formação do preceptor*

A clínica ampliada e compartilhada que, ao considerar que “as doenças, as epidemias, os problemas sociais acontecem em pessoas”, afirma que o *objeto de trabalho* de qualquer profissional de saúde deve ser, portanto, “a pessoa ou grupos de pessoas” (BRASIL, 2009, p. 16, grifo nosso). O documento que orienta a operacionalização da CAC, identifica que, muitas

vezes, “em lugar de profissionais de saúde que são responsáveis por pessoas”, tem-se profissionais com responsabilidade parcial sobre “procedimentos”, “diagnósticos”, “pedaços de pessoas” (BRASIL, 2009, p. 16, grifo do autor). Essa lógica de trabalho oriunda também “da excessiva especialização profissional” (BRASIL, 2009, p. 16), ainda presente na saúde e que determina a fragmentação, individualização e a desresponsabilização na atenção e do cuidado, tanto reflete um dos resultados da redução do objeto de trabalho [a própria pessoa] (BRASIL, 2009), como faz eco à crítica gadameriana em torno da racionalidade instrumental na produção do saber que se tem sobre a pessoa e as relações humanas. Essa racionalidade traduz-se no pré-julgamento e no desejo de transformar o outro em objeto. A hermenêutica, no entanto, alerta que transformar o outro em objeto, significa o próprio estreitamento da capacidade compreensiva. Isso porque a hermenêutica pressupõe a constituição subjetiva do ser humano como atrelada, invariavelmente, à presença do outro.

A clínica ampliada e compartilhada reconhece a necessidade da ampliação do objeto de trabalho “*para que pessoas se responsabilizem por pessoas*” (BRASIL, 2009, p. 17, grifo nosso), propondo para essa ampliação uma “mudança desta cultura”, quer dizer, que o objeto de trabalho – a pessoa –, seja pensado “como um todo em interação com seu meio”. Essa mudança de perspectiva de compreender a pessoa – como sujeito e não objeto – vista também como desafio para operacionalizar a CAC, encontra vinculação com a perspectiva hermenêutica do sujeito social, cultural, histórico, condicionado ao tempo e a finitude (GRONDIN, 1999). A compreensão ampliada de pessoa, de relação humana e de trabalho em saúde propostas pela CAC pressupõe a formação do preceptor orientada por princípios que considerem a disposição para respeitar e tomar o outro a sério, como condições que se estabelecem no diálogo vivo.

A formação do preceptor, neste âmbito, ancora-se na compreensão da pessoa como um sujeito, exigindo uma postura de entrega e de abertura ao outro, reconhecido como igualmente sujeito na relação, e também na responsabilização mútua. A adoção desta postura de abertura e entrega, pela perspectiva hermenêutica, constitui potencial a ser desenvolvido na experiência do encontro dialógico vivo aberto, que busca legitimar a posição do outro [usuário, profissional, residente] enquanto condição que amplia a capacidade de compreensão. Isso porque, no diálogo vivo, enquanto processo, o outro sempre poderá trazer algum elemento novo que oferecerá a base para a elaboração de novos sentidos e compreensões. Portanto, seria uma pretensão e arrogância ontológica constatar de antemão quem é esse outro, o que vai falar, suas crenças e comportamentos.

O documento que orienta a clínica ampliada e compartilhada, constata também, que “a clínica com objeto de trabalho reduzido acaba tendo uma função protetora – ainda que

falsamente protetora – porque “permite” ao profissional não ouvir uma pessoa ou um coletivo em sofrimento” e, assim, tenta não enfrentar e tratar com a própria dor, medo – acrescentamos aqui, a dúvida, a incerteza – ocasionados pelo trabalho em saúde (BRASIL, 2009, p. 18, grifo do autor). Diante dessa constatação, a CAC refere ser necessário criar instrumentos que ofereçam suporte aos profissionais de saúde no sentido de melhor tratarem com as próprias dificuldades nas diferentes situações (BRASIL, 2009). A CAC apresenta como principal proposta, o enfrentamento do ideal de “neutralidade” e o “não-envolvimento”, “que muitas vezes coloca um interdito para os profissionais de saúde quando o assunto é a própria subjetividade” (BRASIL, 2009, p. 18). Esse enfrentamento, pensado a partir da hermenêutica, encontra ponto de suporte na relação dialógica com o outro. Formar um preceptor que reconhece a relação dialógica, inclusive para o enfrentamento de situações que causarão dor, medo, inclusive dúvidas, incertezas – mesmo as oriundas das insuficiências da técnica – exige também formar para o entendimento de que é somente na presença do outro, em sua identidade e autenticidade, que as próprias convicções poderão ser revisadas, e talvez, reelaboradas na direção de uma compreensão mais ampla.

No documento da Política Nacional de Humanização, a “escuta qualificada” (BRASIL, 2013, p. 8) e a “qualificação do diálogo [...] de modo a possibilitar decisões compartilhadas e de responsabilização” (BRASIL, 2013, p. 8), constitui também, modo de efetivar a clínica ampliada e compartilhada. O reforço da necessidade de escuta qualificada bem como de qualificação do diálogo para possibilitar decisões compartilhadas, constitui avanço na ampliação dos pressupostos de atuação e de formação na área da saúde em relação ao modelo biomédico ou de procedimentos conduzidos pelo paradigma científico, porque coloca a escuta e o diálogo como núcleos da tomada de decisão e de atuação. Todavia, nesse mesmo documento, não aparecem maiores esclarecimentos sobre o que seja ou como se operacionaliza uma escuta qualificada ou a qualificação do diálogo. Diante desta aparente lacuna conceitual ou de compreensão, a hermenêutica pode oferecer princípios para a atuação e para a formação de preceptores.

Formar o preceptor na perspectiva hermenêutica do diálogo, significa assim, indispensavelmente, formar para o ouvir. No diálogo vivo, ouvir, mesmo antes de ver o outro, constitui meio de experiência e meio privilegiado de acesso ao conhecimento na atuação e na formação em saúde. Significa, ainda, ouvir e reconhecer o outro como parceiro de diálogo não somente por sua opinião ser respeitada, mas por este ser tomado à sério de tal modo, que sua presença represente o incentivo que direciona os parceiros de interlocução à reflexão de suas próprias opiniões atuais.

A clínica ampliada e compartilhada referencia a “boa capacidade de escuta” e o “diálogo” na equipe interdisciplinar, como importantes espaços para que o sujeito possa aprender novas formas de lidar com as situações, pois se aposta “na capacidade de cada pessoa experimentar lidar com os revezes da vida de forma mais produtiva” (BRASIL, 2009, p. 30). No entanto, o documento que rege a CAC não apresenta com maior clareza que elementos podem constituir um espaço que qualifique a capacidade de escuta como boa ou o que constitui o diálogo como modo de extrair dele recursos, inclusive subjetivos, que ofereçam possibilidades para um enfrentamento mais produtivo de situações consideradas difíceis. A perspectiva hermenêutica pode oferecer nesses espaços de diálogo ancoragem para uma interlocução linguística entre os sujeitos, de modo que a “boa” capacidade de escuta se traduza também na entrega e na disposição de escutar os sentidos e preconceitos singulares de cada sujeito. A formação do preceptor do ensino em saúde ancorada também na boa capacidade escuta pressupõe, na compreensão hermenêutica, que esta capacidade se vincule organicamente a uma postura que reconheça que o acesso a esses preconceitos acontece somente no diálogo vivo que se estabelece na presença do outro (FLICKINGER, 2010).

A relação estabelecida entre os serviços de saúde e os sujeitos coletivos, segundo a CAC, “também pode ser pensada como uma relação clínica” (BRASIL, 2009, p. 31). O documento revela que “de modo geral, quando se pensa em clínica, imagina-se um médico prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese de determinada doença. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isso” (BRASIL, 2009, p. 11). Quer dizer, o documento revela a diferença entre a clínica tradicional e a clínica ampliada e compartilhada. Sobre a clínica tradicional, Peixoto e Brito (2015, p. 1054) afirmam que

o modelo neoliberal, predominante nas práticas de saúde, dificulta os avanços do Sistema Único de Saúde (SUS), haja vista a centralização do saber médico, com ênfase na cura de doenças, a escassa participação do usuário, as ações fragmentadas e medicalizantes, caracterizando, pois, a clínica tradicional.

A centralização do saber médico e a escassa participação do usuário indicam o estabelecimento de uma relação vertical entre profissional e usuário. Como exemplo, a clínica ampliada e compartilhada afirma que “quando uma equipe acredita que um jeito de viver é o certo, tende a orientar o usuário a ter um tipo de comportamento ou hábito, o usuário pode encontrar dificuldade em seguir as ordens [...]”, e questiona: “o quanto as práticas de saúde precisam do medo e da submissão para funcionar?” (BRASIL, 2009, p. 31). Desse questionamento da CAC, depreende-se a pergunta pelo que pode significar uma relação clínica

entre serviços e sujeitos, considerando que o serviço somente é, porque é realizado por pessoas – sujeitos? A hermenêutica dialoga com a CAC nessa pergunta quando propõe que a relação estabelecida com o outro precisa ser sempre uma relação entre sujeitos e que acontece somente por meio do diálogo. Nessa relação dialógica, todos os sujeitos envolvidos precisam tanto ser levados a sério como também podem ter razão em seus argumentos. Formar o preceptor com a perspectiva de que o outro, além do direito à fala, também pode ter razão sobre o que está falando, seus argumentos, questionamentos, posições, concepções, significa que este desenvolva uma postura de abertura, de receptividade, de respeito, de humildade, de reconhecimento da própria vulnerabilidade e da legitimidade da posição do outro no diálogo.

Ampliar e compartilhar a clínica, portanto, segundo a CAC (2009), “é construir processos de saúde nas relações [...] de forma conjunta, participativa, negociada”, o que na perspectiva do diálogo hermenêutico, revela uma dimensão ética (GADAMER, 2006). Isso porque, “trabalhar com diferentes enfoques, trabalhar em equipe, compartilhar saberes e poderes é trabalhar também com conflitos” (BRASIL, 2009, p.11), ou seja, é compreender, acolher, integrar a diferença de pontos de vista, de perspectivas, de conceitos e de compreensões em um movimento cooperativo e não excludente. Esse modo de trabalhar dialoga com o posicionamento hermenêutico de que a efetivação da interdisciplinaridade somente acontece na cooperação (FLICKINGER, 2010). Esta, tomada como critério que efetiva a interdisciplinaridade, exige da formação do preceptor uma postura de reconhecimento mútuo das disciplinas científicas, principalmente, por se constituir como uma das exigências para a condução do diálogo interdisciplinar na produção do conhecimento na área da saúde (FLICKINGER, 2010).

Por fim, quanto à formação do preceptor para a ética do diálogo, em sentido hermenêutico, convém ressaltar que pelo fato de o diálogo ser uma arte e não uma ciência, assim como toda habilidade artística, a capacidade dialógica somente pode ser liberada pela prática. Isso significa que formar o preceptor “para” o diálogo demanda necessariamente formá-lo “pelo” diálogo. Não se pode esperar que de processos formativos não dialógicos resulte profissionais abertos para o diálogo. Isso lança um desafio para todas as etapas de formação dos profissionais da área da saúde, de onde provêm os preceptores.

#### **4.4 O diálogo na formação pedagógica**

O diálogo concretiza a hermenêutica enquanto princípio pedagógico por meio da linguagem compreendida como um modo de ser e de agir. E a linguagem se constitui no próprio

espaço-tempo do diálogo vivo. Flickinger (2014) ao propor a hermenêutica como fundamento de processos educativos, afirma que tanto as condições para que a palavra seja pronunciada quanto escutada são indispensáveis para que a linguagem aconteça por meio do diálogo (FLICKINGER, 2014). Tomada como princípio da *práxis* pedagógica, a hermenêutica implica experimentar a linguagem na estrutura do diálogo vivo enquanto processo que direciona à autoformação e a autotransformação dos sujeitos.

Neste espaço-tempo dialógico, a produção do saber por meio da troca e da interrelação pode assumir esse papel autoformativo e transformativo do sujeito e nortear processos educativos. Se a transformação ocorre na presença do outro, é preciso disposição e abertura a esse outro. No entanto, é preciso também considerar que por mais que se queira ou que se faça um esforço para compreender o outro, sempre haverá um limite – a individualidade. Todavia, a presença desse limite não nos exime do esforço compreensivo. Segundo Gadamer (2009), a existência da individualidade que nos torna misteriosamente únicos e incompreensíveis, não isenta do esforço da compreensão, pois compreender é esforço. O esforço pela via da linguagem, ocorre, por exemplo, por meio da pergunta; perguntar é esforço e exigência da hermenêutica.

Gadamer (2009) afirma, assim, ser preciso considerar a questão da individualidade e a existência de impulsos e interesses que caracterizam a singularidade, enquanto condição inerente e importante no estabelecer de um diálogo hermenêutico, porque é preciso saber sobre o outro; e para saber sobre o outro, é preciso estar na sua presença. Na perspectiva hermenêutica do diálogo, é justamente o não saber sobre o outro, que coloca a pergunta como necessária e indispensável.

Quando se pensa na função da língua nas relações pedagógicas torna-se necessário compreender que ela “[...] é o meio em que se conservam as experiências individuais e coletivas” presentes nas falas dos sujeitos envolvidos, segundo Flickinger (2014, p. 74). Como decorrência, uma das competências pedagógicas mais relevantes consiste em “explorar os sentidos acumulados e ocultos na língua e nos conceitos” (FLICKINGER, 2014, p. 80).

A língua, tendo como função central a reflexão (FLICKINGER, 2014), configura tarefa primordial da educação no processo de formação, pois recupera o espaço do diálogo cuja condição primeira é a escuta do outro. Dalbosco (2014, p. 1047) afirma que o “processo formativo [...] requer então, a capacidade de ouvir o outro”, e na perspectiva hermenêutica gadameriana, torna-se parte indispensável da “boa” formação, a abertura para ouvir o outro, quer dizer, “abertura e escuta são dois núcleos fundantes da formação” (DALBOSCO, 2014, p. 1047). Não seria possível, portanto, educação no sentido da autoformação e transformação, sem

abertura e sem escuta do outro, pois este - o outro<sup>32</sup> - é radicalmente distinto no diálogo. E, é justamente porque existe uma diferença e um outro que amplia nosso horizonte compreensivo que se dá a autotransformação e a transformação do outro (HERMANN, 2014).

O diálogo em sentido hermenêutico também pode ser articulado com o saber prático ou ético – *phronesis* – para pensar processos formativos. A *phronesis* se articula ao diálogo pela noção de postura. Em *Verdade e Método I*, Gadamer (2009) retoma a noção de saber prático da ética aristotélica e o insere na esfera da aplicação de algo geral a uma situação concreta e particular. Para o autor, o saber de quem toma decisões morais “está determinado por sua educação e suas origens, de modo que em geral sabe o que é correto, sabe o que é adequado numa situação concreta e particular” (GADAMER, 2009, p.417). Por essa razão, a *phronesis* também é compreendida como saber ético.

O saber ético “não pode ser aprendido e nem esquecido. Não nos confrontamos com ele ao modo de poder apropriar-nos ou não dele, como podemos escolher ou deixar de escolher uma habilidade objetiva, uma *techné*”. Distintamente, “encontramo-nos sempre na situação de quem precisa atuar [...] e, assim, já devemos sempre possuir e aplicar o saber ético” (GADAMER, 2014, p.417). Por essa razão, segundo Gadamer (2014, p.418) “o conceito de aplicação é tão problemático, pois só se pode aplicar o que já se possui previamente”. No entanto, não se trata aqui de possuir o saber ético primeiro para depois aplicá-lo à situação concreta. Para além da competência técnica de aplicar, a *práxis* ancorada também no saber *phronético*, direciona ao questionamento sobre a indicação e adequação da técnica a ser aplicada em uma determinada situação.

Segundo Gadamer (2006), a *práxis* não está reduzida à aplicação da ciência, por exigir decisão entre escolhas e possibilidades por meio da consciência prática que oferece condições para olhar e aplicar o conhecimento no seu contexto de ação. Por isso, “a *práxis* exige um saber”, quer dizer, “[...] é coagida a tratar o respectivo saber disponível como uma completude e um saber seguro” (GADAMER, 2011, p. 12). No instante em que é preciso tomar uma decisão imediata, deve-se tornar o saber completo e seguro, ainda que temporário, para conseguirmos agir, ainda que seja necessária a pergunta elementar sobre a adequabilidade do conhecimento à situação em específico.

A hermenêutica filosófica insiste “em destacar a *phronesis* como um saber imprescindível, desde que se trate de qualquer intervenção nos campos sociais, e assim legitima

---

<sup>32</sup> Para uma discussão aprofundada sobre o tema do outro em sentido hermenêutico, ver Hermann (2014).



o seu reconhecimento enquanto elemento essencial da educação” (FLICKINGER, 2014, p. 99). O saber prático, por consequência, permanece em constante atualização segundo Flickinger (2014), ao passo que cada nova situação da *práxis* acrescenta algo ou substitui o saber existente por outro saber. Assim, “a aplicação do saber técnico-científico tem de vir sempre acompanhado do saber flexível da *phronesis*; é ela que coloca em xeque o saber técnico-científico” (FLICKINGER, 2014, p. 99-100). Fensterseifer e Kronbauer (2023, p. 14), referem ainda que a sabedoria prática de ser docente precisa ser acompanhada de constante “autonomia, no agir e no pensar, para que a aprendizagem seja, de fato, algo que promova modos de subjetivação, de auto(trans)formação”.

Como princípio pedagógico, a hermenêutica se concretiza pela via do diálogo, como espaço da palavra pronunciada e escutada em todo o preconceito que a constitui. É pelo diálogo, amparado na *phronesis*, que teremos possibilidades mais amplas de trabalhar na direção de um horizonte de autoformação e formação do outro por meio da troca e da interrelação.

#### 4.4.1 Diálogo formativo, *phronesis* e clínica ampliada

Na obra *Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde* (2011)<sup>33</sup>, a qual reúne ensaios que refletem diferentes olhares com os quais se pode pensar e agir no campo da preceptoria, Marins (2011) aponta não ser possível pensar em formação pedagógica de preceptores desarticulada do trabalho em saúde. Diante dessa máxima da área da saúde, o esforço compreensivo deste tópico se direciona ao entendimento sobre como pensar a formação pedagógica de preceptores para o trabalho em saúde considerando a hermenêutica e o diálogo. Em relação à prática cotidiana dos serviços de saúde e a formação, a autora ainda diz ser preciso ressaltar que

conhecimentos são requeridos e produzidos (não só os validados pela ciência), incluindo as vozes de diferentes sujeitos e práticas. Essa concepção promove uma relação que se abre para o imprevisto, para o não pensado, para o exigido além da racionalidade técnica (MARINS, 2011, p.119).

Assim, o trabalho em saúde na clínica ampliada e compartilhada, “exige dos profissionais de saúde um exame permanente dos próprios valores e dos valores em jogo na

---

<sup>33</sup> Documento organizado por Victoria Maria Brant Ribeiro, doutora em Educação, UFRJ, professora associada do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, UFRJ e pesquisadora CNPq, é oriundo de um seminário que reuniu importantes pensadores dos campos da educação e da saúde com propostas de sustentação teórica e de indicadores para reflexão sobre as práticas de interação dos preceptores com seus diferentes públicos assistidos: residentes, especializando e usuários do sistema de saúde (RIBEIRO, 2011).

sociedade” (BRASIL, 2009, p. 21), pois o compromisso ético com o usuário precisa direcionar o serviço de saúde “a ajudá-lo a enfrentar, ou ao menos perceber, um pouco deste processo de permanente construção social em que todos influenciam e são influenciados” (BRASIL, 2009, p. 21). Esse exame constante dos próprios valores, pensado desde a perspectiva hermenêutica, acontece na experiência dialógica por meio da linguagem, que compreende em si a condição ontológica dos envolvidos na interlocução, pois abriga aspectos importantes das histórias, das experiências individuais e sociais que estarão presentes nos saberes, nas compreensões, nas interpretações, nas falas e nas ações atuais das pessoas (FLICKINGER, 2014). Cada experiência nova atua, portanto,

sobre o saber atual enquanto um teste de sua validade [o que] pode levar à necessidade de acrescentar-lhe algo ou mesmo de substituí-lo por outro saber. E assim modificado, esse saber será exposto de novo e sempre ao exame da *práxis* futura (FLICKINGER, 2014, p. 99).

A formação do preceptor no sentido do exame constante da *práxis* pedagógica, seja na relação de cuidado com o usuário e/ou na relação pedagógica com o residente, encontra ressonância na noção de *phronesis* – saber prático – como um saber imprescindível e um elemento essencial da educação (FLICKINGER, 2014). O saber da *phronesis* é sempre exposto à revisão, permitindo aos interlocutores o esclarecimento para si próprios das condições de seu próprio agir e em cuja decisão está sempre implicada a consideração do outro em sua singularidade histórica. “A *phronesis* como aplicação permite reconhecer a situação do outro pela sabedoria prática, favorecendo a construção de interações na saúde sustentadas no pressuposto da relação entre sujeitos singulares e históricos” (MARASCHIN, 2017, p. 103).

Também na educação, conforme afirma Flickinger (2014), o saber prático desde a *phronesis* têm importância para os processos formativos na medida em que, originariamente pensados do ponto de vista pedagógico, estes têm como objetivo fazer parar para pensar. Em vista disso, a noção de *phronesis* é retomada por Gadamer (2006, p. 143), como a vigília adequada a uma situação, quer dizer “[...] é a tarefa e possibilidade do ser humano, a capacidade de captar e de corresponder corretamente à situação do momento, e no momento, à pessoa que se encontra”. Fensterseifer e Kronbauer (2023, p. 14), apontam que o saber *phronético* “é um saber vivo, que se refaz em cada nova situação. Seu inacabamento não é defeito, mas uma espécie de antídoto a uma educação sempre em risco de esclerosamento”. Segundo os autores, considerando a especificidade do papel da educação e da formação para o exercício docente, a noção de *phronesis* visa superar a polaridade entre *episteme* e *téchne*, evidenciando que, embora

sendo ambas relativas à educação, estas se mostram insuficientes para dar conta da complexidade educativa (FENSTERSEIFER; KRONBAUER. 2023, p. 14-15).

Se o preceptor a) não se possibilita momentos de autoquestionamento ou os têm dificultado ou impossibilitado pelo cotidiano atarefado, sobrecarregado e apressado do trabalho em saúde e, em razão destas condições, b) não experiencia momentos nos quais se pergunta sobre suas próprias ações ou sobre os motivos que justificam e validam o modo pelo qual as realiza do modo como as realiza, o preceptor pode passar ao largo de momentos de autorreflexão, ampliando a possibilidade de permanecer reproduzindo mecanicamente o modelo formativo e de atuação em saúde no qual foi formado. Essa postura de reprodução mecânica e irrefletida da prática pedagógica, mais especificamente, pode limitar a possibilidade de produção e aplicação, em sentido *phronético*, do saber oriundo da experiência dialógica entre preceptor e residente, por exemplo, reduzindo as possibilidades de autotransformação do preceptor bem como de transformação do residente.

A clínica ampliada e compartilhada “propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar cada pessoa a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida” (BRASIL, 2009, p. 22). Marins (2011, p. 51), em ensaio intitulado *Formação de preceptores para a área da saúde*, ao questionar sobre o panorama mais adequado para a aprendizagem, alude à relação entre o cenário e a competência a ser atingida no sentido de que esta somente pode ser alcançada pela articulação entre a aprendizagem e a prática. O autor pergunta:

Então, qual é o cenário? É um espaço de embate constante entre a política, a ética, a pedagogia, assumindo elevado grau de importância na determinação dos possíveis caminhos a serem adotados. Então, na verdade, o cenário não é um espaço artificial, construído de forma perfeita. O cenário é onde se dá o conflito. É ali que o docente, junto com o estudante e o pessoal do serviço, junto com a clientela, vai debater, discutir, porque nossa intenção não é deixar o que está. É tentar transformar. (MARINS, 2011, p. 51).

Marins (2011, p. 51) afirma, ainda, que “as transformações podem ser de várias naturezas: na grade curricular, no papel do supervisor, no cenário, no processo de avaliação, no perfil dos preceptores”. No entanto, questiona-se: como são possíveis essas transformações sem a indicação da necessidade de transformação do próprio preceptor enquanto um dos sujeitos da relação pedagógica? Parece que Marins esquece de indicar a natureza ontológica da transformação sem a qual as demais parecem ser inviáveis, quer dizer, sem a transformação do próprio preceptor. Oriunda dessa problematização decorre a percepção de que, para Marins, as

transformações exigidas no processo formativo da preceptoria se constituem num âmbito externo ao preceptor. Ou seja, se pensa na transformação de dimensões que são, aparentemente, independentes da autotransformação subjetiva do próprio preceptor.

Do ponto de vista do referencial hermenêutico, o processo de autotransformação experienciado nas relações pedagógicas na área da saúde se dá pela via do saber produzido na interrelação espaço-temporal do diálogo. O preceptor formado com a compreensão acerca do potencial do saber produzido nesse espaço-tempo, poderá ter papel mais autêntico na transformação do residente, porque também busca se autotransformar no mesmo processo. A autenticidade que decorre da autotransformação está relacionada à postura de abertura do preceptor ao saber do outro, absorvendo reflexivamente esse saber e tornando-o elemento que propicia a revisão e a ampliação do seu próprio saber. Para tanto, as capacidades de fazer perguntas e de escutar são condições primordiais.

A clínica ampliada e compartilhada considera que “a escuta significa, num primeiro momento, acolher toda queixa do usuário [...]” e, mais do que isso, “é preciso ajudá-lo a reconstruir e respeitar os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida”. Ou seja, “perguntar por que ele acredita que adoeceu e como ele se sente quando tem este ou aquele sintoma” (BRASIL, 2009, p. 24). Do ponto de vista hermenêutico, ajudar o outro a reconstruir e respeitar as próprias correlações articula-se com uma proposta de formação enquanto autoformação e transformação que ocorre numa relação dialógica, a qual pressupõe abertura e escuta dos interlocutores, que sempre serão distintos um do outro. O profissional preceptor e o profissional residente, na perspectiva hermenêutica, somente se autotransformam na relação pedagógica por meio do diálogo, porque são únicos, singulares, diferentes. A diferença existente no modo de pensar, de interpretar, de compreender, de expor os sentidos elaborados sobre as situações – sentidos falados e escutados –, é o que ampliará o horizonte compreensivo na direção da autotransformação e da transformação do outro (HERMANN, 2014).

Todavia, a clínica ampliada e compartilhada aponta que “pode não ser possível fazer uma *escuta detalhada o tempo todo para todo mundo* a depender do tipo de serviço de saúde, mas é possível escolher quem precisa mais e é possível temperar os encontros clínicos com estas “frestas de vida” (BRASIL, 2009, p. 25). A CAC é um desafio tanto para a atuação no cuidado quanto para a formação em saúde. O desafio, nesse sentido, se caracteriza por algo que ainda não está incorporado ao profissional, exatamente por não ser ou ser praticado de modo frágil e insuficiente cotidianamente. Ou seja, o desafio colocado pela perspectiva da clínica ampliada e compartilhada enquanto modo de cuidado no modelo de saúde da integralidade,

representa ao profissional o desenvolvimento de capacidades as quais este não foi formado ou foi formado de modo insuficiente para fazer, seja na assistência ou na formação em saúde, conforme ressalta Brasil (2011, p. 118) ao dizer que

parte dos professores que se dedicam à formação profissional em saúde tem a sua ação docente pautada pela racionalidade técnica e pelo ideário positivista/funcionalista, em que a crença na neutralidade da ciência e na razão instrumental é elemento constitutivo para interpretações sobre a prática profissional do trabalhador da saúde. Neste caminho, os procedimentos técnicos, as habilidades e as atitudes são entendidos como suficientes para o enfrentamento do cotidiano dos serviços de saúde.

A clínica ampliada e compartilhada solicita do profissional mudanças na ação de escutar, porque esta capacidade significa compreender o outro como um sujeito, justamente porque escutar é uma capacidade, uma postura, um ato de dignidade em relação ao outro; é um ato humano, e não um ato técnico. Essa mudança no modo de compreensão escuta, ancorada na hermenêutica, representa uma mudança de postura, de transformação no modo de escutar, ainda que esta seja iniciada de forma gradativa e que não possa ser realizada com todos a todo momento, o que seria o ideal. Iniciar um movimento de mudança de postura no sentido de estabelecer uma conversa com pelo menos um paciente, como indica a CAC, de um modo mais detalhado, sem pressa, sem urgência, é exigência proposta pela Política Nacional de Humanização para operacionalização da CAC. Diante do não esclarecimento sobre quais capacidades seriam necessárias ao sujeito que escuta de modo detalhado o outro, no documento de operacionalização da CAC, o referencial hermenêutico pode oferecer ancoragem para pensar e ampliar o entendimento da “escuta detalhada” enquanto um “escutar verdadeiro”, que compreende a acolhida sincera do outro em sua autenticidade de crenças, saberes, interpretações.

Ainda que considerada a sobrecarga e as demandas excessivas do trabalho na saúde, em muito ocasionadas pela lógica da produtividade e do imediatismo (ANDRADE; CARVALHO; OLIVEIRA, 2022), o movimento para o escutar verdadeiro é uma demanda da clínica ampliada e compartilhada. Entende-se que para além da sobrecarga e das exigências do trabalho, muitas vezes sobre-humanas, na saúde, a postura de escutar tem uma dimensão que diz respeito ao profissional. Se por um lado existem insuficiências de recurso, de tempo, o que compromete a qualidade da atuação e a formação em saúde, por outro, a existência desses recursos, pode não ser suficiente para as mudanças que se esperam no modo de escutar verdadeiramente o outro na saúde. Essa mudança exige que, em alguma medida, a perspectiva pedagógica formativa em sentido hermenêutico dialógico seja validada pelo preceptor como algo tão importante quanto

os atos técnicos realizados cotidianamente. A perspectiva pedagógica formativa, ancorada na hermenêutica gadameriana, pressupõe um duplo movimento: primeiro, a compreensão de que o processo formativo do preceptor do ensino em saúde necessita ser ancorado na experiência dialógica em sentido hermenêutico, tendo na capacidade de abertura e ouvir o outro, os fundamentos de uma “boa” formação (Dalbosco, 2014) e, segundo, o compromisso e a responsabilização do preceptor com o desenvolvimento de uma postura pedagógica alicerçada nesses fundamentos.

A clínica ampliada e compartilhada pressupõe a “flexibilidade”, pois considera ser mais produtiva a construção de propostas terapêuticas pactuadas e com corresponsabilização entre o profissional e o usuário (BRASIL, 2009, p. 27). As ações de saúde na perspectiva ampliada, buscam entender os “sujeitos como parceiros, [...] em vez de buscar perpetuar relações de submissão” (BRASIL, 2009, p. 31). Fazer trocas solidárias em contraponto às relações de submissão constitui-se em desafio na CAC. A solidariedade precisa ser ressaltada

[...] como contraponto à frieza e ao embrutecimento engendrados pela lógica de um modo de produzir a existência humana pautado na desigualdade. Ou seja, ser solidário não significa sucumbir ao sofrimento do outro e sim compreendê-lo; ao mesmo tempo, perceber a função social, ética e política da sua ação de cuidar. Esse processo de conscientização ajuda a formar para o que deverá ser transformado, de modo que seu trabalho não seja impessoal e alienado. (BRASIL, 2011, p. 120).

Considerando que para tal finalidade não bastam somente os conhecimentos técnicos e o desenvolvimento de habilidades e atitudes, a solidariedade, como também elemento indispensável na relação entre sujeitos parceiros na saúde, pode alcançar amplitude compreensiva em sentido hermenêutico. A troca solidária na percepção hermenêutica gadameriana ocorre no diálogo enquanto espaço em que o direito dos saberes refletidos na fala dos envolvidos, em todo o preconceito que a constitui, e a capacidade da escuta dessa fala, seja preservado e nutrido. A *práxis* pedagógica do preceptor, pautada na perspectiva hermenêutica do diálogo, precisa considerar, assim, que é por meio do diálogo que possibilidades mais amplas de trabalhar na direção de um horizonte de autoformação e formação do outro por meio da troca e da interrelação, poderão ser pensadas e praticadas.

Conforme pressupõe a clínica ampliada e compartilhada, “não há como propor humanização [...] sem propor um equilíbrio maior de poderes nas relações [...]” (BRASIL, 2009, p. 32). Para Merhy (2011, p. 105) o mundo do trabalho na saúde é “um território em produção, habitado por multiplicidades, por repetições e por diferenças” que “pede a desaprendizagem para poder apreender novas lógicas produzidas pela perspicácia do viver” (MERHY, 2011, p. 111). Esta desaprendizagem inclui

Criar situações individuais e coletivas de autointerrogar o próprio sentido do fazer no mundo do trabalho – colocando como sua base o perguntar-se a respeito do que faz com o trabalho vivo em ato, para onde ele é apontado em termos ético-políticos (produz mais vida ou não) – traz também novas perguntas, como, por exemplo, *o que se faz com o que já se sabe fazer e com o que se acha que se deve fazer sobre os outros ou junto com eles, com quem se encontra no mundo do trabalho.* (MERHY, 2011, p. 111, grifo nosso).

Essas perguntas, segundo Merhy (2011, p. 111-112), podem “implicar trazer o outro para uma elaboração conjunta do modo de realizar os atos produtivos” e, desse modo, “[...] ressignificando assim o que já se sabe, que, de certa doutrina a ser seguida, passa a ser posicionada como ferramenta [...] que se constitui no encontro com o outro e só existe com esse outro, em encontro”. Essa ideia de que um maior equilíbrio nas relações de poder depende da desaprendizagem, que tem em seu núcleo a criação de situações individuais e coletivas de autointerrogar o sentido do fazer no mundo do trabalho, encontra ponto de apoio na premissa hermenêutica de que o saber do outro pode ser importante e válido, tanto a) para a construção de novos saberes, quanto b) para a construção de saberes que também precisam ser comuns na área da saúde. Considerando a natureza/finalidade do diálogo hermenêutico, que também é a produção de sentidos novos, os saberes produzidos na interrelação entre as áreas do conhecimento, precisam se constituir em saberes interdisciplinares no sentido de uma linguagem comum e não excludente, quando são pensados modos de cuidado e de formação na saúde.

No atendimento conjunto na clínica ampliada e compartilhada, “[...] a intenção é possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para os profissionais envolvidos” (BRASIL, 2009, p. 33). Feuerwerker (2011, p. 30) considera essencial, “tanto refletir sobre o exercício da preceptoria quanto construí-lo conceitualmente”, diante da crescente importância “da aprendizagem pela prática/pelo trabalho no processo de construção de novos perfis dos profissionais de saúde”. A complexidade da atuação do preceptor, segundo o autor, se intensifica na aprendizagem em ato, pelo trabalho, ao vivo e nas práticas em diferentes cenários, e entende-se, também da perspectiva hermenêutica, que formar pedagogicamente para as relações no ato clínico implica uma formação pensada para as relações, encontrando suporte nas noções de diálogo e de saber prático ou saber ético. O saber de quem toma decisões morais está determinado por sua educação e suas origens, de modo que em geral sabe o que é correto, sabe o que é adequado numa situação concreta e particular

(GADAMER, 2009), adotando, no caso do preceptor, uma postura dialógica de abertura e reflexão com o outro, em ato, enquanto o ato ocorre, portanto, uma postura ética.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A releitura da experiência narrada na introdução ecoa o questionamento por o que faltou, pelo que parece ter sido insuficiente, de certo modo, naquele diálogo instaurado entre preceptora e residente. Partindo da compreensão formativa desenvolvida no percurso da dissertação sobre esta narrativa – como algo que atingiu, afetou, mobilizou, permaneceu e, por isso, significou – ela pode ser relida aqui como uma experiência hermenêutica.

Distante da pretensa objetividade de reler os acontecimentos do momento experienciado, de modo a chegar em verdades únicas e fundamentais, antes está a compreensão de que o espaço para o diálogo, naquela narrativa, de fato existiu, ainda que em meio ao caos de uma unidade lotada, na qual profissionais precisam dar conta da sobrecarga, das demandas, das exigências e de tantas interrupções e emergências. Entende-se que qualquer espaço onde o ser humano esteja atuando, existe linguagem e, se existe linguagem, é lugar possível de diálogo. Sim, o diálogo existiu! Mas de que diálogo se tratou? O problema residiu tanto nesta pergunta, quanto na consciência sobre o não saber o que dizer e o que fazer na situação, enquanto ela acontecia. Observação oportuna, fortemente elucidada e irrigada pelas reflexões realizadas no decorrer da construção e qualificação da temática desta dissertação.

Reler, à luz da hermenêutica, aquela experiência em que fui solicitada a um movimento reflexivo sobre a minha própria formação, perante a dúvida angustiante da residente B. em torno da dimensão da morte e das possibilidades e limites do conhecimento especializado, me possibilitou a) tanto realizar uma análise sobre o que o diálogo estabelecido com a residente pedia de mim enquanto preceptora na situação experienciada, no exato momento em que transcorria, b) quanto realizar um exercício imaginativo no sentido de apontar como eu, enquanto preceptora, poderia ter conduzido o diálogo para que este assumisse, verdadeiramente, a condição de uma experiência em sentido hermenêutico.

Imaginar o encontro com a residente B. pela perspectiva humanística em sentido hermenêutico e da clínica ampliada e compartilhada, calcada na noção de diálogo, possibilitou também identificar que sucumbi diante de um dos primeiros princípios do diálogo hermenêutico: nenhuma pergunta foi lançada. A conversa se fez de respostas, de afirmações. Logo, a postura de abertura para o conhecimento interdisciplinar entre a residente médica e eu, fisioterapeuta, não se instaurou. Em mim ainda se fez muito presente minha compreensão sobre ela: médica, mas residente [aluna], logo, de menor saber. No entanto, pelo status de médica, ela deveria decidir sobre o que fazer naquela situação e não eu. Embora se reconheça que a residente, enquanto médica, precisava tomar uma decisão, eu como preceptora poderia ter

auxiliado ela a decidir. Minha postura pensada do ponto de vista epistemológico foi de uma dicotomia entre saber e fazer. Apliquei o meu saber ao caso, mas um saber pautado no conhecimento científico. Porque o fazer, aqui, em minha releitura hermenêutica da experiência, seria da ordem da intervenção na relação humana. Faltou na intervenção, olhando pelo prisma da *práxis* – um saber direcionado ao fazer, que volta para o saber –, ou seja, faltou o movimento hermenêutico da dinâmica pergunta-resposta-pergunta, o vaivém experimentado de argumentos na construção de novos saberes e sentidos, como ensinou Hans-Georg Gadamer.

De certo modo, reconheci a legitimidade da posição da residente B., tanto é que olhei, ouvi e conversei. O que faltou, então? Naquele momento, mobilizei meu conhecimento cognitivo, científico, intelectual, quer dizer, minha postura parece ter sido competente, mas não foi hermenêutica. Pois a postura hermenêutica implica mobilizar também a subjetividade e a linguagem enquanto modo de ser, de agir, de interpretar, de compreender. Enquanto preceptora, me coloquei na situação ancorada numa postura ainda profundamente marcada pela posição epistemológica cientificista, cognitivista e objetiva. Para reviver essa experiência, foi preciso reconhecer que me faltou, inclusive, emoção para pensar: “Nossa, que situação?!”, e me autoquestionar: “eu saberia o que fazer diante da decisão por algo que prolongasse, ainda que momentaneamente, a vida, se tal decisão estivesse sob minha responsabilidade? Mais que isso: “eu saberia definir os critérios que me conduziriam na direção de prolongar ou não a vida de alguém naquela situação?”.

Naquele momento apenas me preocupei em saber o que eu poderia dizer do ponto de vista técnico-científico. Na realidade, minha preocupação não esteve atrelada a ouvir a angústia da residente B. e o barulho provocado por ela – que ainda me incomoda, mesmo nesse exercício imaginativo de releitura hermenêutica da experiência. Eu enquadrei, de antemão, a angústia da residente no seu modo barulhento – e incomodativo – de expressar a sua palavra. Assim, pensei: “eu, fisioterapeuta preceptora e professora da residência, reconhecida de modo soberano como uma das profissionais mais dialógicas no ensino e cuidado em saúde naquele hospital, o que vou dizer? O que vou dizer de modo a convencer os que ali estavam, principalmente reafirmando esse pretensão reconhecimento da minha humanidade ao ensinar dialogando? O que vou dizer diante dessa situação de modo a também alimentar meu ego e minhas nuances narcisistas?” Me considerando inteiramente dialógica, inclusive diante da maioria do quadro de profissionais da instituição, fui convidada pela hermenêutica e pelas minhas próprias crenças, convicções e certezas nessa experiência, a rever a concepção do que verdadeiramente constitui uma postura aberta e entregue ao diálogo. Pois este me levou a olhar para mim mesma, o que não está sendo um exercício fácil de se fazer.

Faltou me colocar como um ser de linguagem, de interpretação, um ser de sensibilidade. Sensibilidade no sentido de imaginar o sentimento da residente B., de me angustiar com a angústia dela, pois sobre a minha angústia, agora tenho clareza, foi instaurada pelo não saber o que dizer e o que fazer. E a sensibilidade, aqui, não se trata de tentar sentir exatamente a mesma angústia ou de fazer o mesmo barulho e turbulência dela, pois hoje reconheço não ser esta uma postura hermenêutica, já que esta tem a ver com uma postura imaginativa e linguística. Em momento algum, parei para refletir como me sentiria estando na mesma situação que ocasionou a angústia na residente e, principalmente, por me responsabilizar e responder por ela na situação. Em momento algum fiz a tentativa de imaginar, no momento experienciado, como seria estar no seu lugar, adotando uma postura de abertura. Isso indica que não me inclinei na sua direção, no lugar de ao menos lhe perguntar como estava se sentindo.

Minha preocupação foi demonstrar conhecimento sobre o preconceito, o medo e o receio ainda existente a respeito da morte ou o do prolongamento momentâneo da vida, em muito sob a perspectiva bioética. Ou seja, eu tive uma postura competente! A minha angústia voltava-se sobre mim mesma, em relação às minhas próprias questões e fragilidades diante da vida e da iminente possibilidade da morte. O fato de estar presente, olhando para a residente e disposta a escutá-la a cada momento em que me procurava naquela manhã, não me garantiu uma postura dialógica em sentido hermenêutico.

A angústia da residente B. era legítima e precisava ser reconhecida por mim enquanto tal, pois estando no seu lugar, tendo que decidir por um prolongamento ou não da vida, eu certamente também deveria me angustiar. Reconhecimento da angústia que não é da ordem do cognitivo, mas da sensibilidade, do sentir, que vai além do “deixa eu pensar no que vou dizer”. Minha angústia em relação à condução da conversa foi na direção metodológica e técnica. A necessidade de colocar de imediato a minha palavra e a tênue preocupação com a angústia da residente em primeiro lugar, me fez não ouvir que ela precisava falar; falar da sua angústia com alguém em condições de elaboração, inclusive para a tomada de decisão.

Percebendo que minha angústia também teve relação com o que sei sobre a finitude da vida e como poderia me utilizar deste saber no sentido daquilo que poderia dizer a ela, compreendo essa experiência como um momento de autoformação, porque em uma fração de tempo senti a necessidade de me perguntar: “o que faço agora? Resgato os códigos da bioética? Será que existe algum protocolo que eu desconheço sobre isso?”. Não parecia ser esse o motivo da angústia da residente B. Nem tecnicamente, muito menos do ponto de vista do conteúdo, consegui me utilizar de uma certa racionalidade discernida ao falar e ao agir. Lancei mão do que eu já sabia, sem critérios conscientes, para resolver a minha angústia naquele momento. E,

ciente disso, é preciso considerar a existência de uma limitação na minha formação pedagógica como preceptora do ponto de vista epistemológico, pois esta é construção e fruto de uma formação que direciona para um modo de ação – de agir, cuidar, ensinar e aprender em saúde – ainda muito calcada no ato clínico em sentido biomédico, técnico e científico.

Como profissionais da saúde, os primeiros recursos aos quais lançamos mão diante de um paciente, por exemplo, são o procedimento técnico, o conteúdo biológico e o conhecimento científico. Assim somos formados. E fazer um movimento no sentido de admitir a insuficiência desses recursos, também não se faz tarefa fácil. E por ser difícil e até mesmo laboriosa, constitui-se em largo desafio no campo da saúde, e para mim. Desafio tanto da formação quanto da clínica ampliada e compartilhada. Ou seja, é o desafio colocado quando se pensa, se age, se ensina, se aprende e se cuida a partir de um outro modelo de saúde e de educação, e de uma outra compreensão do ser humano.

Me senti provocativamente atingida pela insuficiência de uma espécie de prontidão, de vigilância, para conseguir perguntar ou falar no exato momento em que a situação acontecia. Apesar de compreender que o diálogo se fez presente, senti suprimida em mim uma capacidade e uma sensibilidade de “saber o que dizer” e de “saber o que fazer”, ou seja, um agir que colocaria em ação: técnica, conteúdo, competência, linguagem e interpretação. Senti suprimida em mim, uma capacidade também interpretativa, que, conseqüentemente, denunciou a carência de uma postura em sentido hermenêutico. A possibilidade para o diálogo foi criada na experiência narrada, e o incômodo não foi a falta de condições para que acontecesse, pois preceptora e residente se demonstraram interessadas em conversar, querendo e se abrindo para tanto. Insuficiente talvez tenha sido o meu discernimento sobre o conteúdo formativo daquele momento, bem como maior clareza sobre meu papel, minha função como preceptora diante da residente B., no sentido de instaurar um diálogo aberto e entregue ao outro para a produção de novos sentidos.

A residente me fez uma pergunta – demonstrando ter uma postura mais hermenêutica que a minha – colocando-me em uma situação que exigia da minha função/formação como preceptora mais do que o aprendizado técnico, mais do que a técnica pedagógica ou clínica. Exigia de mim um conteúdo cultural, humano, existencial, para falar sobre vida, morte e finitude. E como falar sobre morte e sobre finitude com um residente não somente do ponto de vista biológico? Nesse momento, senti a obrigação de me questionar como eu própria compreendo, penso e sinto a morte, no sentido de entender quais são os meus preconceitos a partir das experiências que já tive.

Pensar na morte é não somente pensar em sua dimensão biológica e aqui se coloca a questão travada com a residente B. Mesmo diante de um certo consenso sobre a morte como um processo biológico natural, sabe-se também da leitura deste fenômeno humano enquanto complexidade e multiplicidade de experiências de finitude. Todavia – e a residente B. teve sua angústia ancorada nesta condição – a formação profissional em saúde permanece ainda amplamente voltada para conteúdos biológicos. Esta redução no entendimento da morte, além de instaurado, se intensificou quando surgiu a residente B. com uma pergunta que direcionou o tema da morte para o campo ético, suscitando da formação em saúde, de modo geral, e da formação pedagógica do preceptor, de modo específico, compreensões acerca das próprias percepções sobre experiências com a vida e com a morte, que contemplem elaborações mais honestas de si mesmo sobre o tema.

Considero ter acontecido espaço para o diálogo no encontro com a residente B., mas dentro deste encontro destaco um elemento que me faltou: trazer à tona os meus preconceitos. Dialogamos, mas não no sentido hermenêutico. Pois se assim fosse, talvez eu poderia ter dito: “eu não sei o que fazer diante da morte ou da iminente possibilidade dela nesta situação. Tampouco sei te dizer o que você deve fazer. Mas posso te perguntar: “o que de fato está te angustiando?”. Na formação em saúde na residência multiprofissional o diálogo tem exigências que o profissional parece não conseguir dar conta pela redução técnico-cientificista do seu processo formativo desde a graduação. Pois o diálogo em sentido hermenêutico exige um nível de abertura que coloca em exposição a própria fragilidade do ser humano. E como se mostrar, ao mesmo tempo, profissional da saúde competente e frágil ser humano? Somos ensinados a não mostrar nossa fragilidade, pois ao nos revelarmos frágeis, a concepção é a de que teremos possibilidades reduzidas de “bem” cuidar.

Existiu um diálogo entre preceptora e residente, mas talvez o que tenha faltado, se deu justamente pelo predomínio de uma formação técnica e científica que, embora primordial para a ação competente durante o ato clínico e relevante para a formação na área da saúde, dificulta a abertura humana do profissional para o diálogo. Um preceptor que esteja mais consciente desta abertura, pode auxiliar na formação de profissionais mais humanos, porque abrindo-se para o outro dá exemplo que ensina, que educa ao expor a própria fragilidade. Quando me abro, mostro aquilo que é mais difícil em mim e para mim mesmo. No encontro narrado, minha dificuldade foi olhar para a residente B. e dizer: “não sei o que fazer sobre a vida e a morte nesta situação”, considerando que um dos assuntos mais difíceis de falar e que expõe ao máximo nossa fragilidade como seres humanos é a morte, exatamente porque todos estamos, invariavelmente, sujeitos a ela. A finitude da vida nos faz compreender a necessidade do

diálogo, por isso, é primordial experienciá-lo dentro da formação desde a graduação e, sobretudo, tomá-lo como princípio pedagógico da formação de preceptores. Tomar o diálogo como princípio pedagógico significa experimentar todas as suas dimensões constitutivas, a saber: abertura, entrega, escuta, humildade epistemológica para reconhecer o que não se sabe, ética, pergunta, resposta, nova pergunta, a reflexão sobre si mesmo, em um ato *phronético* que permite a autotransformação de si mesmo e possibilita a transformação do outro, finalidade do processo formativo na área da saúde. Abrir-se e entregar-se é também reconhecer a própria condição humana frágil.

Fragilidade também é olhar para o outro e reconhecer nele as próprias angústias. Neste caso, olhar para a residente B. e falar: “eu não sei o que dizer sobre a pergunta que você está me fazendo, porque falar da morte para mim é difícil”, e perguntar: “como você compreende a morte?”. Assim, o que faltou no diálogo foi abertura no sentido de exposição de pré-compreensões, de interpretações, de fragilidades, de entrega. A fragilidade seria aqui, o que temos de repulsivo, intolerável, imperfeito, desastroso etc., em nós mesmos e que não queremos reconhecer. É mostrar a fraqueza, o que não sabemos, o que não estamos dando conta, inclusive de fazer. A fragilidade no campo da saúde é também dizer: “não sei”, que é tudo o que o profissional não quer dizer, exatamente por termos uma formação ainda profundamente marcada pelo conhecimento científico que tem certeza de que sabe. A entrega exige um grau de honestidade consigo mesmo e por consequência com o outro, e para o profissional da saúde ancorado numa formação fundamentalmente pautada em princípios biológicos, técnicos e científicos, que pensa que tudo sabe, pode representar um grau imensurável de impotência, ainda mais em meio a discursos e decisões tomadas diante de uma plateia de alunos.

No diálogo estabelecido com a residente B., olhei, permaneci, conversei, mobilizei os recursos possíveis da minha formação, em muito oriundos da sabedoria prática - *phronesis* - decorrente das experiências prévias, principalmente as que marcaram, porque transformaram. Nesta experiência, mobilizei os recursos que me constituíam no momento, e o que faltou, o que incomodou, foi a razão que nos fez recorrer ao diálogo hermenêutico para pensar a formação pedagógica do preceptor do ensino em saúde. Durante a formação em saúde, o residente precisa, em vista do propósitos da clínica ampliada e compartilhada, tanto ser exposto a esse tipo de diálogo quanto perceber no preceptor uma postura dialógica viva e verdadeira, que se entrega, colocando em jogo suas pré-compreensões e disposição para revisá-las enquanto reflete sobre quem é na relação com o outro. Quando se fala para um residente “eu não sei”, ou “me diz o que você sabe”, ou ainda, “vou tentar buscar algum entendimento”, essa postura se constitui

formativa por criar condições para que o residente perceba que ele também pode se entregar. Ou seja, que existe a condição de uma entrega mútua.

Diante da história narrada, o que o diálogo existente com a residente B, pedia de mim? Pensando a partir e com a perspectiva hermenêutica, me faltou um ouvir suficientemente sensível e verdadeiro, a ponto de perceber tanto o barulho e a turbulência provocados por ela quanto a minha mudez e o meu endurecimento reflexivo, que permaneceram ocultos para mim na situação, no momento em que ela acontecia. De certo modo, percebi o que a situação me pedia, mas não me senti capaz de fazer, de aplicar. Mas não aplicar somente ao modo do conhecimento científico, mas do saber sobre o humano, sobre mim mesma, daquilo que exige colocar em jogo a própria sensibilidade, a capacidade minuciosa de interpretação, o discernimento, a decisão e a ação, ou seja, o saber ético. Faltou colocar a pergunta sobre a finalidade da minha atuação pedagógica diante da residente B.: “afinal de contas, qual era o bem que eu poderia fazer a nós duas naquela situação específica?”.

Assim, como resposta, ainda que provisória para a pergunta investigativa que norteou essa pesquisa – a saber, como a formação pedagógica de preceptores de residência multiprofissional em saúde pode ser potencializada pela compreensão e efetiva realização do diálogo em sentido hermenêutico, em sintonia com a proposta da clínica ampliada e compartilhada? – encontramos no diálogo a concretização de três importantes princípios hermenêuticos. Na interdisciplinaridade, temos o momento determinante pelo qual o diálogo concretiza a hermenêutica enquanto princípio epistemológico, em que assumir uma postura dialógica do ponto de vista do conhecimento significa reconhecer que este é uma construção que precisa ser alcançada de modo compartilhado e colaborativo. O diálogo concretiza, ainda, a hermenêutica enquanto princípio ético pela postura de abertura, receptividade, respeito, humildade, reconhecimento da própria vulnerabilidade, traduzida pelo não saber e da legitimidade da posição do outro. Enquanto princípio pedagógico, a hermenêutica se concretiza pelo diálogo, como espaço da palavra pronunciada e escutada em todo o preconceito que a constitui; é pelo diálogo, amparado na *phronesis*, que teremos possibilidades mais amplas de trabalhar na direção de um horizonte de autoformação e formação do outro através da troca e da interrelação na formação pedagógica do preceptor na residência multiprofissional em saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABIB, L. T.; KUHN, G. F. Trajetórias das Residências Multiprofissionais em Saúde no contexto da saúde coletiva. In: KNUTH, A. G.; AREJANO, C. B.; MARTINS, S. R. (Org.) *Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas residências multiprofissionais em saúde*. Rio Grande: Editora FURG, 2017, p. 17-39.
- ANDRADE, K. R. *Residência multiprofissional em saúde: a formação em serviço no Brasil*. 2020. 203 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020.
- ANDRADE, H. S. DE.; CARVALHO, S. R.; OLIVEIRA, C. F. DE. Leituras do governo neoliberal do Estado e da saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 32, n. 1, p. e320116, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/by8GXGm8CdqVmJsnVDP65cR/#>. Acesso em: 10 fev. 2024.
- ARANTES, A. C. Q. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Sextante, 2019.
- ARAÚJO, T. A. M. et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. 62, p. 601–613, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XNR9GMyVnXx6v85LVpk3kLy/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 03 ago. 2023.
- AREJANO, C.; MARTINS, S. R. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: contextualizando as transformações no campo da pedagogia da formação. In: KNUTH, A. G.; AREJANO, C. B.; MARTINS, S. R. (Org.) *Trajetórias de composição do Sistema Único de Saúde pelas residências multiprofissionais em saúde*. Rio Grande: Editora FURG, 2017.
- ARNEMANN, C. T. et al. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, p. 1635–1646, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Db4nq7VD8KbHxRQmzqT5Cbp/?lang=pt>. Acesso em: 2 set. 2023.
- AUTONOMO, F. R. O. M. et al. A Preceptoría na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 39, n. 2, p. 316–327, abr. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/DwMD7XfdCV5JLh9xkGpFWCD/>. Acesso em: 3 set. 2023.
- BATISTA, G. S. *Hermenêutica e práxis em Gadamer*. 2007. 96 p. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- BIESTA, G. *Para além da aprendizagem*. Educação democrática para um futuro humano. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.
- BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 363-373, 2008.



Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/7SdHGKFv9VMkyBdtqGfLYMv/>. Acesso em: 28 ago. 2023.

BOUFLEUER, J. P.; MOURA, L. R. Interdisciplinaridade e Educação na perspectiva de uma pedagogia hermenêutica. *Educação*, vol. 45, p. 1-22, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/1171/117162553033/movil/>. Acesso em: 29 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer CNE/CES n. 1.133, de 7 de agosto de 2001. *Diretrizes Curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2001. Seção 1E, p. 131. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2023.

BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação - CNE. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 67/2003, aprovado em 11 de março de 2003. *Referencial para as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN dos Cursos de Graduação*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 mar. 2003. Disponível em: [https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE\\_pces06703.pdf?query=CURRICULARES](https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_pces06703.pdf?query=CURRICULARES). Acesso em: 24 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. *Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS*. 2005. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15432-port-inter-n2117-03nov-2005&Itemid=30192). Acesso em: 10 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf). Acesso em: 12 jun. 2022.

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde* / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <https://catalogo.ipea.gov.br/politica/626/programa-nacional-de-reorientacao-da-formacao-profissional-em-saude-pro-saude>. Acesso em: 06 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf). Acesso em: 20 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial* / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_nacional\\_reorientacao\\_profissional\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_reorientacao_profissional_saude.pdf). Acesso em: 06 mar. 2023.

BRASIL, I. Trabalho na saúde. In: RIBEIRO, V. M. B. (Org.) *Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde*. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2011, p. 115-125.

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. *Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde*. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção 1, p.24-25. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192). Acesso em: 10 mar. 2023.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizaus>. Acesso em: 01 fev. 2024.

BRASIL. Secretaria de educação superior comissão nacional de residência multiprofissional. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014. DOU nº 217, segunda-feira, 10 de novembro de 2014, Seção 1, p. 34. 2014a. Disponível em: <https://abmes.org.br/legislacoes/detalhe/1662/resolucao-cnrms-n-5>. Acesso em: 15 abr. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer CNE/CES n. 116/2014, de 3 de abril de 2014. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jun. 2014. Seção 1, p. 17, 2014b. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category\\_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 16 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. Conselho Nacional de Saúde CNS. Ensp/Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 12 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Saiba quem foi Anísio Teixeira e conheça seu legado. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - Inep, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/assuntos/noticias/institucional/saiba-quem-foi-anisio-teixeira>. Acesso em: 09 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da educação. Portaria Interministerial MEC/MS nº 7, de 16 de setembro de 2021. *Estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde*. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 17 set, 2021. Seção 1, p. 51. 2021a. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Portaria-Interministerial-007-2021-09-16.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/residencias-em-saude/plano-nacional-de-fortalecimento-das-residencias-em-saude>. Acesso em: 29 maio. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manuais para o fortalecimento das residências em saúde / Abertura de Programa de Residência em Área Profissional da Saúde*. Ministério da Saúde, Universidade Federal de Goiás. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/residencias-em-saude/publicacoes/2-abertura-de-programa-de-residencia-em-area-profissional-da-saude-web.pdf/view>. Acesso em: 18 set. 2023.

CARRENHO, I. K. A. *A formação pedagógica do preceptor em saúde: o caso do município do Jaboatão dos Guararapes-PE*. 2020. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

CHIESA, A. M. et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enfermagem*, v. 12, n. 2, p. 236-240, abr./jun. 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648983015.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2023.

DALBOSCO, C. A. *Pragmatismo, teoria crítica e educação: ação pedagógica como mediação de significados*. Campinas, SP: Autores Associados, 2010.

DALBOSCO, C. A. Pesquisa educacional e experiência humana na perspectiva hermenêutica. *Cadernos de Pesquisa*, v. 44, n. 154, p. 1028–1051, out. 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6209457>. Acesso em: 05 out. 2023.

DE-CARLI, A. D. et al. Integração ensino-serviço-comunidade, metodologias ativas e Sistema Único de Saúde: percepções de estudantes de Odontologia. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 27, n. 4, p. 476–483, out. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/VLgs88ygzZM66B3DGsNw9kt/?lang=pt>. Acesso em: 02 ago. 2023.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. *Boletim Técnico do Senac*, v. 27, n. 3, p. 12-25, set. 2001. Disponível em: <https://www.bts.senac.br/bts/article/view/572>. Acesso em: 05 jun. 2023.

FENSTERSEIFER, P. E.; KRONBAUER, L. G. Formação e docência como phronesis: sendo e aprendendo a ser. *Educação em Revista*, v. 39, n. 39, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/edrevista/article/view/38405>. Acesso em: 28 dez. 2023.

FEUERWERKER, L. C. M. As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação. In: RIBEIRO, V. M. B. (Org.) *Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde*. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2011, p. 29-36.

FLICKINGER, H.-G. A caminho de uma pedagogia hermenêutica. Campinas, SP: Autores Associados, 2010 (Coleção Educação Contemporânea).

FLICKINGER, H.-G. Gadamer e a Educação. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014. (Coleção Pensadores & Educação).

GADAMER, H.-G. *O caráter oculto da saúde*. Tradução de Antônio Luz Costa. Petrópolis: Vozes, 2006.

GADAMER, H.-G. *Verdade e método II: complementos e índice*. Tradução de Enio Paulo Giachini. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

GADAMER, H.-G. *Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Tradução de Flávio Paulo Meurer. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

GADAMER, H.-G. La educación es educarse. Revista Santander, [S. l.], v. 1, n. 6, p. 90–99, 2018. Disponível em: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasantander/article/view/8847>. Acesso em: 28 set. 2023.

GAZOLA, E. A. *et al.* Metodologias inovadoras para a formação na área da saúde: como realizar? In: FERLA, A. A.; FUNGHETTO, S. S. (Org.) Reflexões sobre formação em saúde. *Trajetórias e aprendizados no percurso de mudanças*. Porto Alegre: Editora Redeunida, 2022, p. 78-97.

GIROTTI, L. C. *Preceptores do Sistema Único de Saúde: como percebem seu papel em processos educacionais na saúde*. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

GOERGEN, P. Prefácio. In: FLICKINGER, H.G. A caminho de uma pedagogia hermenêutica. Campinas: Autores Associados, 2010, p. IX-XXII.

GRONDIN, J. *Introdução à hermenêutica filosófica*. Tradução de Benno Dischinger. São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 1999. (Coleção Focus).

HAGER, P; GONCZI, A. What is competence. *Medical Teacher*, vol. 18, n. 1, 1996.

HERMANN, N. *Ética & Educação: outra sensibilidade*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014.

HERNÁNDEZ, D. Políticas de certificación de competencias en América Latina. *Bol Cinterfor*, vol. 152, p. 31-49, 2002.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. *Caderno do projeto: desenvolvimento da gestão de programas de residência e da preceptoria no SUS – DGPSUS 2021–2023*, São Paulo: Hospital Sírio-Libanês, Ministério da Saúde, 2021.

HOSPITAIS PROADI-SUS. PROADI-SUS, um desafio do tamanho do nosso país. Informações referentes ao triênio 2021-2023. Disponível em: <https://www.proadi-sus.org.br/projeto/capitacao-em-preceptorial-de-residencia->

[medical#:~:text=O%20preceptor%2C%20profissional%20competente%20na,seu%20papel%20social%20como%20educador](#). Acesso em: 20 jul. 2023.

JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JOHANN, M. R.; FENSTERSEIFER, P. E. *Giro hermenêutico & outros escritos*. Cruz Alta: Ilustração, 2021.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 9, n. 17, p. 369-379, ago. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SyGLRpTYVbwm7sTgTfK6V8n/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2023.

LIMA, V. V.; RIBEIRO, E. C. O. Abordagem dialógica de competência: pressupostos e percurso metodológico para a construção de perfis na área da Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 26, p. e210737, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/V5pHdHK46JcQ4MzxSHjVcKg/>. Acesso em: 15 set. 2023.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/DtJwSdGWKC5347L4RxMjFqg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2023.

MACHADO, C. D. B.; WUO, A.; HEINZLE, M. Educação Médica no Brasil: uma análise histórica sobre a formação acadêmica e pedagógica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 42, n. 4, p. 66-73, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/kj4F6KSJnvPfjJjLGhkPKqL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 ago. 2023.

MARASCHIN, R. *Diálogo, ética e saúde: Formação profissional na perspectiva hermenêutica*. 2017. 112 p. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2017.

MARINS, João José Neves. Formação de preceptores para área de saúde. In: RIBEIRO, V. M. B. (Org.) *Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde*. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2011, p. 47-52.

MARTINS, C. B. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. *Educ Soc*, v. 30, n. 106, p. 15-35, jan./abr. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/RKsKcwfYc6QVFBHy4nvJzHt/>. Acesso em: 08 ago. 2023.

MATHIAS, M. Antes do SUS: Como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antônio de Carvalho. 2018. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus#:~:text=E%20tinha%20o%20Inamps%2C%20que,prestar%20servi%C3%A7o%20para%20a%20Previd%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 15 jul. 2023.

MERHY, E. E. O agir em ato como analisador ético-político do fazer produtivo: o mundo do trabalho é cartográfico e, como tal, se abre para desafios de desaprendizagens / descapturas e



certas lógicas na busca de outras. In: RIBEIRO, V. M. B. (Org.) *Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde*. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2011, p. 105-114.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9M86Ktp3vpHgMxWTZXScRKS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2023.

MOHR, A. A formação pedagógica dos profissionais da área da saúde. In: RIBEIRO, V. M. B. (Org.) *Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde*. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2011, p. 53-66.

MONTEIRO, D. M.; LEHER, E. M.; RIBEIRO, V. M. B. Da educação continuada à educação permanente: a construção do modelo de formação pedagógica para preceptores de internato médico. In: RIBEIRO, V. (Org.) *Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde*. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2011, p. 13-22.

NOVAES, H. M. D.; SOÁREZ, P. C. A Avaliação das Tecnologias em Saúde: origem, desenvolvimento e desafios atuais. Panorama internacional e Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 9, p. e00006820, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6p3SzRQKCpcR678Btk5xVyQ/?format=pdf>. Acesso em: 18 ago. 2023.

MÜHL, E. H. Hermenêutica e educação: desafios da hermenêutica na formação dialógica do docente. In: MÜHL, E. H.; ESQUINSANI, V. (Org.) *O diálogo ressignificando o cotidiano escolar*. Passo Fundo: UPF Editora, 2004. p. 38-51.

PAGLIOSA, L. F.; DA ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/QDYhmRx5LgVNSwKDKqRyBTy/>. Acesso em: 05 abr. 2023.

PAULA, G. B.; TOASSI, R. F. C. Papel e atribuições do preceptor na formação dos profissionais da saúde em cenários de aprendizagem do Sistema Único de Saúde. *Saberes Plurais: Educ. Saúde*, v. 5, n. 2, p. 125-142, ago./dez. 2021. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/saberesplurais/article/view/117940>. Acesso em: 25 nov. 2022.

PEIXOTO, T. C.; BRITO, M. J. M. Protocolo clínico como dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 107, p. 1053-1064, out. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JGLbjXd393fPnTMrWvx6BNN/#>. Acesso em: 12 fev. 2024.

PEREIRA, I. D. F.; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 11, n. 2, p. 39-38, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/6g3FMHrpZwQgvNCnLsmWqCL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 jul. 2023.

PERRENOUD, P. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

RAMOS, M. N. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez; 2001.

RAMOS, M. N. Currículo por Competências. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/curcom.html>. Acesso em: 10 ago. 2023.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 35, n. 1, p. 161–165, mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/yGh3vCzsbKPtss9ZJvTVgx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 ago. 2023.

RIBEIRO, V. M. B. *Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde*. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2011.

ROHDEN, L. Hermenêutica enquanto ética do cuidado do outro. In: FÁVERO, A. A.; PAVIANI, J.; RAJOBAC, R. (Org.) *Vínculos Filosóficos: homenagem a Luiz Carlos Bombassaro*. Caxias do Sul, RS: Educs, 2020, p. 517-528.

ROHDEN, L. O outro também pode ter razão - Para além de ele ter apenas seus direitos reconhecidos. *Kriterion: Revista de Filosofia*, v. 62, n. 148, p. 259–276, jan. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/kr/a/zQ44GG4VVXD9tjHFxCcLGhz/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 jan. 2024.

SANTOS, J. P. et al. Metodologias ativas – estudo de caso: retenção e avaliação de resultados. *Revista Educação*, v. 14, n. 2, 2019. Disponível em: <http://revistas.ung.br/index.php/educacao/article/view/3633/2876>. Acesso em: 15 jul. 2023.

SANTOS, I. D. S. et al. Diretrizes curriculares na área da saúde: Convergências e divergências entre a Legislação e a realidade brasileira. In: (Org.) *Reflexões sobre formação em saúde. Trajetórias e aprendizados no percurso de mudanças*. Porto Alegre: Editora Redeunida, 2022, p. 30-36.

SILVA, L. M. L.; LOPES, A. F. N.; PETRIBÚ, M. M. V. Importância da Qualificação do Preceptor nos Cenários de Formação em Oncologia dos Programas de Residências em Área Profissional da Saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [S. l.], v. 66, n. 3, p. e-11953, 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/953/692>. Acesso em: 21 nov. 2023.

TEIXEIRA, G. A. S. et al. O caminho se faz ao caminhar: a importância do preceptor na residência multiprofissional em saúde. In: SILVA, G. T. R.; OLIVEIRA, R. M.; CORDEIRO, A. L. A. O. (Org.) *Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação*. Brasília, DF: Editora ABen, 2022, p. 59-66.

VARELA, D. S. S. et al. Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação de Profissionais para o SUS. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, [S. l.], v. 6, n. 3, p. 39–43, 2016. Disponível em: <https://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3928/3865>. Acesso em: 10 abr. 2023.

VENTURA, J. S. *Reuniões multiprofissionais como estratégia para efetivação da clínica ampliada*: refletindo a formação em um programa de residência multiprofissional. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Multiprofissional em Saúde) – Hospital Universitário, Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, Mato Grosso do Sul, 2021.