



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE

Rafaela Milanesi

**PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:
vivência do ser preceptor na ênfase de atenção ao paciente crítico**

Porto Alegre
2016

Rafaela Milanesi

**PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:
vivência do ser preceptor na ênfase de atenção ao paciente crítico**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Travi Canabarro.
Coorientadora: Profa. Dra. Rita Catalina Aquino Caregnato.

Porto Alegre

2016

Rafaela Milanesi

**PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: vivência
do ser preceptor na ênfase de atenção ao paciente crítico**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Travi Canabarro.
Coorientadora: Profa. Dra. Rita Catalina Aquino Caregnato.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Jorge Amilton Höher

Doutor em Ciências Pneumológicas
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Luzia Fernandes Millão

Doutora em Psicologia
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Raphael Maciel da Silva Caballero

Doutor em Educação
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos)

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Astrogildo e Fátima Milanesi**, pelo amor, carinho, dedicação e, em especial, por sempre reforçarem a ideia de que a educação é o caminho e o único bem que ninguém pode nos tirar. Dedico esta realização a vocês, meus amores!

Agradeço ao meu noivo Alemão, **Felipe Gustavo Schmitz**, que, além de ser meu melhor companheiro e amigo, fez com que meus exaustivos dias fossem mais leves e felizes, com todo o seu apoio e compreensão.

Ao meu irmão, **Jonas Milanesi**, por colaborar com as transcrições e por sempre me incentivar a seguir em frente. Meu amigo para toda a vida!

À minha orientadora, **Simone Travi Canabarro**, por ter me recebido e acolhido com tanto carinho. Pelo incentivo, conselhos prestados e por confiar em minha capacidade.

À minha coorientadora, **Rita Catalina Aquino Caregnato**, “mãe intelectual”, por ser meu grande exemplo profissional e de dedicação à vida acadêmica. Obrigada por sempre acreditar em mim e por me motivar, até mesmo nos momentos em que eu mesma não acreditava!

Aos **preceptores**, por se disponibilizarem a compartilhar suas vivências cotidianas como educadores no âmbito dos serviços de saúde.

Às minhas **amigas e grandes enfermeiras**, as quais sempre se mantiveram ao meu lado, me encorajando e, principalmente, compreendendo as minhas frequentes ausências. Vocês são muito importantes, obrigada por tudo!

E, por fim, a **Deus**, que sempre me acompanha, agradeço as incontáveis bênçãos derramadas sobre mim!

“transformar a experiência educativa em puro
treinamento técnico é amesquinhar o que há de
fundamentalmente humano no exercício
educativo: o seu caráter formador”

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) são programas de integração ensino-serviço-comunidade, compostos por no mínimo três profissões, caracterizados por ensino em serviço sob supervisão do profissional preceptor.

Objetivo: Explorar as vivências dos preceptores de dois programas de RMS na área de ênfase da atenção ao paciente crítico. **Método:** Misto sequencial [QUAL→quan], de natureza aplicada, empreendido através de um estudo de casos múltiplos (A e B).

Resultados: Perfil dos 31 sujeitos da fase quantitativa por unidades-caso, respectivamente: 80% e 85,7% mulheres; média de idade de 34,5 e 35,2 anos; enfermeiros em sua maioria 40% e 42,8%; formados entre 1988 e 2012; 90% e 90,5% possuíam pós-graduações concluídas. Quanto à preceptoria: tempo médio de 2 anos e 6 meses e 1 ano e 10 meses; 90% e 85,7% não dispunham de carga horária semanal específica; na unidade-caso A recebiam incentivo financeiro; para 60% e 76,2% não foi a primeira experiência de ensino, mas 100% e 81% sem experiência prévia como preceptor; 50% e 14,3% realizaram formação pedagógica progressa. Elevado nível de concordância com as afirmativas avaliadas através da escala Likert. Na segunda etapa foram realizadas 14 entrevistas, que permitiram a categorização em quatro categorias temáticas e subcategorias: profissional preceptor (papel assumido, competências necessárias, formação pedagógica progressa); vivência cotidiana (organização do trabalho, processo de ensino-aprendizagem, processo de avaliação dos residentes, atividades extra praxis); aspectos relevantes da preceptoria (negativos, positivos); sugestões para melhoria (valorização do preceptor, melhoria dos programas de RMS). Com base nos dados, desenvolveu-se um produto educacional sob a forma de um *site* destinado aos preceptores da RMS. **Conclusão:** Houve consenso entre os participantes quanto à satisfação proporcionada pelo processo de preceptoria, entretanto relatos de sobrecarga de trabalho devido à concomitância das atividades assistenciais e de ensino, a falta de carga horária específica para a atividade e a não remuneração da função ainda são fatores dificultadores para essa prática. Como produto educacional resultante desta pesquisa criou-se um *site* direcionado aos preceptores como ferramenta de fácil acesso, dinâmica e útil, servindo para o aperfeiçoamento e atualização.

Palavras-chave: Ensino. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. Preceptoria. Internato não Médico. Cuidados Críticos.

ABSTRACT

Introduction: Multiprofessional Residency in Health (MRH) refers to teaching-service-community integration programs, composed of at least three professions, characterized by in-service training under the supervision of the professional preceptor. **Objective:** To explore the experiences of preceptors from two MRH programs in the field of emphasis in healthcare to critically ill patients. **Method:** Sequential mixed method design [QUAL→quan] of applied nature, carried out through a study of multiple cases (A and B). **Results:** Profile of the 31 subjects from the quantitative phase by case-units, respectively: 80% and 85.7% were women; average age of 34.5 and 35.2 years old; nurses mostly graduated between 1988 and 2012 (40% and 42.8%); 90% and 90.5% had completed post-graduate courses. Regarding the preceptorship: average time of 2 years and 6 months and 1 year and 10 months; 90% and 85.7% did not have specific weekly working hours; in case-unit A they received financial incentive; for 60% and 76.2% this had not been their first teaching experience, but 100% and 81% lacked previous experience as a preceptor; 50% and 14.3% had had previous pedagogical training. There was a high level of agreement with the statements evaluated by Likert scale. In the second stage, 14 interviews were conducted, which allowed the categorization of four thematic categories and subcategories: professional preceptor (undertaken role, required skills, previous pedagogical training); daily experience (work organization, teaching-learning process, residents' evaluation process, extra praxis activities); relevant aspects of preceptorship (negative and positive); suggestions for improvement (preceptors' appreciation, improvement of MRH programs). Based on the data, we developed an educational product in the form of a website designed for MRH preceptors. **Conclusion:** There has been consensus among participants on the satisfaction provided by the preceptorship process. However, reports on work overload due to the concomitance of healthcare and teaching activities, lack of specific workload for the activity and the non-compensation of the function are still complicating factors to such practice. As an educational product resulting from this research, a website was created targeted at preceptors as a tool for easy access, which is dynamic and useful, serving for improvement and updating of such professionals.

Keywords: Teaching. Health Human Resource Training. Preceptorship. Internship, Nonmedical. Critical Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DP	Desvio Padrão
FG	Função Gratificada
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HCC	Hospital Criança Conceição
HCR	Hospital Cristo Redentor
HCSA	Hospital da Criança Santo Antônio
HDVS	Hospital Dom Vicente Scherer
HNSC	Hospital Nossa Senhora da Conceição
HSC	Hospital Santa Clara
HSF	Hospital São Francisco
HSJ	Hospital São José
HSR	Hospital Santa Rita
IES	Instituições de Ensino Superior
ISCMPA	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo Interno de Regulação de Leitos
PAD	Programa de Atendimento Domiciliar
PAPRAPS	Programa de Apoio aos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde
PC	Percentual de Concordância
PPF	Pavilhão Pereira Filho
PPP	Projeto Político Pedagógico
R1	Residentes do primeiro ano da RMS
R2	Residentes do segundo ano da RMS

RAS	Redes de Atenção à Saúde
REMIS	Residência Multiprofissional Integrada em Saúde
RIS	Residência Integrada em Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UR	Unidades de Registro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA E PROBLEMA DE PESQUISA	16
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo Geral	18
3.2 Objetivos Específicos	18
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
4.1 Saúde e Educação	19
4.2 A Residência Multiprofissional em Saúde	21
4.3 A Prática da Preceptoria no Cotidiano das Instituições de Saúde.....	27
4.4 A Relação Preceptor-Residente	30
4.5 Metodologias Ativas de Ensino: Problematização	32
4.6 As Redes de Atenção à Saúde (RAS).....	35
4.7 A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).....	37
5 METODOLOGIA	41
5.1 Tipo de Estudo	41
5.2 Local da Pesquisa	42
5.3 Universo e Amostragem	45
5.4 Instrumentos de Coleta de Dados	46
5.5 Processamento e Análise de Achados	47
5.6 Aspectos Éticos	51
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	76

ANEXOS	84
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP UFCSPA	84
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP ISCMPA	87
ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP GHC	90
APÊNDICES	92
APÊNDICE A – Questionário Eletrônico	92
APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista Individual	102
APÊNDICE C – Carta Convite para a primeira fase do estudo	103
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Online.....	104
APÊNDICE E – Lembrete do Convite para a primeira fase do estudo	106
APÊNDICE F – Carta Convite para a segunda fase do estudo.....	107
APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Presencial	108
APÊNDICE H – Produto Final do Mestrado	110

1 INTRODUÇÃO

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde foram instituídas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005 e são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005a). São programas de integração ensino-serviço-comunidade vinculados a quinze profissões (BRASIL, 2014c) e constituem-se em Pós-Graduações *Lato Sensu*, sob a forma de curso de especialização de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde, caracterizado por ensino em serviço (BRASIL, 2014c).

No tocante à residência multiprofissional, será composta por pelo menos três profissões e deverá ter seu Projeto Político Pedagógico (PPP) fundamentado na atenção integral, orientado pela prática multiprofissional atuando em um contexto interdisciplinar de um determinado campo, particularmente em áreas prioritárias para o SUS, integrando os núcleos de saberes e práticas de cada profissão (BRASIL, 2012b).

Por tratar-se de um treinamento em serviço, a Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) nº 5 de 2014 define que 80% da carga horária total do programa sejam desenvolvidas sob a forma de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, a serem supervisionadas pelo corpo docente assistencial (BRASIL, 2014d). Por conseguinte, a função do preceptor como parte constituinte deste corpo docente assistencial caracteriza-se pela supervisão direta das atividades práticas efetuadas pelos residentes, exercida por profissional com formação mínima de especialista, vinculado à instituição formadora ou executora da residência (BRASIL, 2012b).

No campo das práticas, o papel docente do preceptor passa pela problematização das vivências cotidianas em diálogo com o saber científico. Assumindo posição de mediador, constrói conhecimentos ao estimular a produção dos próprios educandos, ou seja, o residente torna-se sujeito do próprio processo de aprendizagem, o que difere da pedagogia tradicional, onde o educador assume papel de informante, mantendo relações estritamente cognitivas com os conteúdos das disciplinas (GARCIA, 2001; BATISTA, 2012a). Nesta interação entre preceptor e residente, o domínio do conhecimento técnico-científico de forma ampla e atualizada não é o suficiente, fazendo-se necessários saberes em relação à produção do conhecimento e sobre o ato de ensinar (GARCIA, 2001).

Todavia, muitos profissionais da saúde que atuam em ensino o fazem sem uma formação especializada ou mínima qualificação didático-pedagógica, não dispondo de uma reflexão educacional relacionada ao seu fazer profissional (CAREGNATO, 2008; RIBEIRO, 2011). Tal afirmativa é confirmada por Fajardo (2011), quando aproximadamente 69% dos preceptores entrevistados declararam não terem recebido conteúdos de cunho pedagógico em suas graduações. Ainda levantou-se, na pesquisa do autor supracitado, que sentimentos de despreparo e insegurança para o exercício do ensino interferiram no trabalho e foram fatores de dificuldade. Esses relatos ratificam a afirmativa de que a docência é um desafio maior à atualização profissional, do que a assistência.

Por meio de relações pessoais e profissionais, perpassadas no convívio cotidiano entre os atores em âmbito hospitalar, o preceptor estabelece contato diário com as atividades práticas e teórico-práticas desenvolvidas pelo residente. Portanto, a preceptoria se faz preponderante no processo de ensino-aprendizagem dos residentes, quando comparada aos demais partícipes do corpo docente assistencial. Por conseguinte, o profissional da saúde preceptor assume inúmeras atividades e funções em seu dia a dia de trabalho, que serão levantadas no decorrer deste estudo.

2 JUSTIFICATIVA E PROBLEMA DE PESQUISA

A motivação para realização deste estudo sobre a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), nas áreas de concentração em terapia intensiva e atenção ao paciente crítico, partiu do cotidiano de trabalho das pesquisadoras. Todas se dedicam às propostas dos programas, seja como preceptora, tutora ou em atividade de coordenação da RMS.

O ser preceptor e o como fazer preceptoria sempre estiveram presentes em meus pensamentos e, em 2013, com a possibilidade de tornar-me preceptora, as inseguranças a respeito destes questionamentos foram ampliadas. Desta forma, iniciei uma especialização *Lato Sensu* em Práticas Pedagógicas nos Serviços de Saúde. No ano subsequente, ingressei no Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde, na modalidade de mestrado profissional, optando pela área de concentração “Integração Ensino e Serviços de Saúde na Formação Profissional”, por esta destinar-se a capacitar profissionais inseridos nos mais diversos serviços, através da articulação do conhecimento específico da área da saúde com o cenário do ensino que se configura no contexto destes serviços (UFCSPA, 2014).

Atuando como enfermeira e preceptora da Residência Integrada em Saúde (RIS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), estou envolvida com a educação permanente, um dos requisitos mínimos para a implantação do programa, prevista no PPP através do desenvolvimento de processos formativos internos e externos, mediante cooperação com universidades (BRASIL, 2009a).

Por tratar-se de um mestrado profissional, o trabalho final do curso vinculou-se a problemas reais da área de atuação da mestranda. Isto posto, planejou-se um produto educacional que resultasse da real necessidade de todos os preceptores. Sob a forma de um *site* dirigido a profissionais que atuam nas RMS, propiciou-se uma maior apropriação de saberes para o ensino e para o aprimoramento do papel de educador no âmbito do trabalho, de forma que fosse útil para eles próprios e para o coletivo que atua no ensino na saúde. Não obstante, pretende-se que os resultados deste estudo venham a contribuir para a elaboração de estratégias que aprimorem os programas de ensino em serviço.

Portanto, emergiu como interesse deste estudo desvelar algumas facetas de como se dá a prática da preceptoria, partindo das falas dos preceptores. Buscou-se apreender parte da essência de como a preceptoria se mostra nos seus cotidianos

de trabalho e, assim, compreender os sentidos por eles atribuídos à prática da preceptoria.

Em linhas gerais, este estudo traz como questão de pesquisa: Quais são as vivências dos preceptores de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na área de concentração em atenção ao paciente crítico?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Explorar as vivências dos preceptores de dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde na área de concentração em atenção ao paciente crítico.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Investigar como se desenvolve o trabalho docente-assistencial dos preceptores no contexto da atenção a saúde do paciente crítico.
- b) Compreender as percepções dos profissionais da saúde quanto ao seu papel de preceptor.
- c) Comparar os aspectos consonantes e discordantes levantados em cada um dos locais de pesquisa.
- d) Elaborar um produto educacional sob a forma de um *site* com enfoque na preceptoria na RMS.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Saúde e Educação

Considerados espaços de produção e aplicação dos saberes destinados ao desenvolvimento humano, os universos da saúde e da educação estão em constante confluência no cotidiano dos profissionais da saúde que, mesmo de forma inconsciente, utilizam um ciclo contínuo de ensinar e aprender em suas práticas (PEREIRA, 2003; SANTOS, 2010).

Parte específica da política de implementação do SUS, instituída pela Constituição Federal de 1988, define a ordenação e a formação de recursos humanos na área da Saúde como competência do próprio sistema (BRASIL, 1988). O SUS, ao ser responsável pelas ações de educação na saúde, deve contribuir para o seu desenvolvimento, para a qualificação profissional dos trabalhadores da área e para a modificação das práticas de saúde em direção à efetivação dos princípios fundamentais do SUS (BRASIL, 2006a).

O Ministério da Saúde (MS), ao reconhecer como fundamental a articulação da educação e regulação da força de trabalho nos serviços, através da gestão competente de recursos humanos para o SUS, conduziu em 2003 a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). A SGTES, formada por dois departamentos, o Departamento da Gestão da Educação na Saúde e o Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, assumiu a atribuição de formular políticas públicas orientadoras da formação, gestão, qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil (HADDAD, 2008; BRASIL, 2016).

A atual política da SGTES integra as necessidades de formação dos trabalhadores da saúde, de acordo com a agenda estratégica estabelecida pelo MS e de forma articulada com o Ministério da Educação (MEC) (HADDAD, 2008). A SGTES vem apoiando, técnica e financeiramente, ações que potencializam e contemplam a ligação entre educação e trabalho, com a integração ensino-SUS (HADDAD, 2008). Para tal, desenvolve múltiplos programas e projetos que visam à gestão da educação, provimento de profissionais e gestão do trabalho, como apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Programas e Projetos da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Objetivo	Nome	Descrição
GESTÃO DA EDUCAÇÃO	PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
	PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
	TELESSAÚDE	Programa Telessaúde Brasil Redes
	PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
	REVALIDA	Revalidação de Diplomas Médicos
	UNA-SUS	Sistema Universidade Aberta do SUS
	FIES MED	Sistema FIESMED
	VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde
PROVIMENTO DE PROFISSIONAIS	SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS	Portal Saúde Baseado em Evidências
	COMUNIDADE DE PRÁTICAS	Comunidade de Práticas
PROVIMENTO DE PROFISSIONAIS	MAIS MÉDICOS	Programa Mais Médicos para o Brasil
	PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
	RESIDÊNCIAS EM SAÚDE	Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde
GESTÃO DO TRABALHO	INOVASUS	Prêmio InovaSUS 2015
	PVAS	Plano de Valorização dos Agentes de Saúde e Endemias
	MNNP-SUS	Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde
	CAMINHOS DO CUIDADO	Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da atenção básica.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016.

Para que o cenário da saúde seja modificado é fundamental a formação de novos perfis profissionais (SANTOS, 2010), alinhados aos novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde (CECCIM, 2004). Ao longo do tempo, várias estratégias e políticas têm sido desenvolvidas pelo MS visando adequar a formação e qualificação dos trabalhadores de acordo com as necessidades da população, objetivando o desenvolvimento do SUS (HADDAD, 2008; BRASIL, 2009d).

Essa reorientação da formação parte de alguns pressupostos, como: ambientes institucionais de integração ensino-serviço; trabalho em equipe multiprofissional e cooperativo; trabalho articulado intra e interinstitucional; abordagens metodológicas da educação; pesquisa e qualificação da atenção à saúde; interdisciplinaridade e abrangência sociocultural como eixos estruturantes dos processos de formação (BRASIL, 2005b). Em suma, é necessário aprender a

fazer saúde no cotidiano da saúde, onde os conflitos reais se apresentam e onde os saberes puramente técnicos são insuficientes na busca por alternativas de enfrentamento (SANTOS, 2010). Sendo assim, o ensino na saúde concretiza-se por meio de um movimento intersetorial entre a Educação e a Saúde (OLIVEIRA, 2010).

Nessa perspectiva, dentre as políticas de formação de recursos humanos para o SUS, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde foram estratégicos ao garantir uma formação específica, promovendo o contato entre os mundos do trabalho e da formação, instituindo um coletivo de profissionais com perfis para modificar as práticas atuais e para criar uma nova cultura de intervenção e de entendimento da saúde no âmbito da implantação do SUS, através da formação em serviço (ROSA, 2009).

4.2 A Residência Multiprofissional em Saúde

Atualmente, o ensino de Pós-Graduação brasileiro pode ser dividido em duas modalidades distintas: *Lato Sensu* e *Stricto Sensu*. A primeira, denominada *Lato Sensu*, inclui programas direcionados ao aperfeiçoamento profissional e que são divididos em especialização, aperfeiçoamento e residência. A segunda, *Stricto Sensu*, compreende programas de mestrado e doutorado, os quais disponibilizam aos discentes conhecimentos mais específicos, focados em determinadas áreas, visando à formação de professores universitários e pesquisadores (FERREIRA, 2007).

As Residências podem ser denominadas como RMS ou em Área Profissional da Saúde. Conforme a Resolução nº 2 da CNRMS, de 13 de abril de 2012, que dispõe acerca das diretrizes gerais destes programas, a principal diferenciação entre as modalidades relaciona-se à composição dos núcleos de saberes profissionais. Enquanto que a RMS necessita ser constituída por no mínimo três profissões da área da saúde, a em Área Profissional compreende apenas uma (BRASIL, 2012b).

Atualmente, há a tendência, por parte dos pensadores da área, em utilizar uma nova denominação para as RMS e em Área Profissional da Saúde. Desta forma, o termo Residências em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional ou uniprofissional começa a ser utilizado, como já citado na Resolução CNRMS nº 5 de novembro de 2014, que dispõe sobre duração, carga horária, avaliação e frequência destes programas (BRASIL, 2014d).

Conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 287 de 1998, são consideradas profissões da área da saúde: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 1998). Cabe salientar que, de modo recente, a publicação da Portaria Interministerial nº 16 de dezembro de 2014 indica que as RMS e em Área Profissional da Saúde compreendem as profissões descritas acima, excetuando a Medicina, que possui um programa próprio normatizado por legislação específica, e adicionando os graduandos de Física Médica e Saúde Coletiva, cursos estes recentemente criados (BRASIL, 2014c).

As RMS e em área profissional da saúde foram instituídas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005 (BRASIL, 2005a) e são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, sendo consideradas modalidades de ensino de Pós-Graduação, sob a forma de curso de especialização de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde, caracterizado por ensino em serviço (BRASIL, 2014c). Tal cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Educação deve favorecer a qualificada inserção dos novos profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS (BRASIL, 2012a; ROSA, 2009).

O artigo 14 dessa lei estabelece, no âmbito do MEC, a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), com organização e funcionamento disciplinados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde (BRASIL, 2005a). Em 2010, com a promulgação da Portaria Interministerial nº 1.320, que dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da CNRMS, a comissão foi definida como um órgão colegiado de deliberação, atuando na formulação e execução do controle dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional de Saúde (BRASIL, 2010a).

No Brasil, há uma grande diversidade de modelos de formação multiprofissional em saúde. Este fato tem gerado formatos ricos de integração entre as diversas profissões, contribuindo para o aprimoramento do processo de trabalho das profissões da saúde que atuam na assistência aos usuários do SUS. Tais diferenças podem ser desde a natureza (pública, privada, filantrópica), a estrutura das instituições executoras e/ou formadoras disponíveis para a formação, até a qualificação da preceptoria. Sendo assim, as distintas metodologias e cenários de

prática tornam problemática a tarefa de acompanhamento destes programas (BRASIL, 2009c; MARTINS, 2010). Por este motivo, a CNRMS buscou identificar eixos norteadores com requisitos mínimos de qualidade (BRASIL, 2009c).

Os programas de RMS e em Área Profissional da Saúde devem ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locorregionais. Sendo assim, devem contemplar os eixos norteadores apresentados pelo art. 2º da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077 de 12 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009b), sendo eles:

- I - cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do País;
- II - concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural;
- III - política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS;
- IV - abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;
- V - estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar;
- VI - integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários;
- VII - integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde;
- VIII - integração dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde;
- IX - articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;
- X - descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;
- XI - estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS;
- XII - integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema (BRASIL, 2009b, p.7).

A legislação prevê que a RMS tenha duração mínima de dois anos e que o residente mantenha vínculo em regime de dedicação exclusiva, desenvolvendo uma carga horária de sessenta horas semanais (BRASIL, 2014c; BRASIL, 2014d). A Resolução CNRMS nº 5/2014 normatiza que 80% da carga horária total do programa sejam desenvolvidas sob a forma de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, que são assim descritas:

Estratégias educacionais práticas são aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades

das áreas de concentração e das categorias profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão do corpo docente assistencial. [...] As estratégias educacionais teórico-práticas são aquelas que se fazem por meio de simulação em laboratórios, ações em territórios de saúde e em instâncias de controle social, em ambientes virtuais de aprendizagem, análise de casos clínicos e ações de saúde coletiva, entre outras, sob orientação do corpo docente assistencial (BRASIL, 2014d, p.34).

Os 20% restantes da carga horária total ocorrerão sob a forma de estratégias educacionais teóricas, que são assim descritas:

Estratégias educacionais teóricas são aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o Profissional da Saúde Residente conta, formalmente, com orientação do corpo docente assistencial e convidados (BRASIL, 2014d, p.34).

Por tratar-se de uma modalidade de ensino, a RMS deverá se desenvolver de acordo com um Projeto Político Pedagógico próprio, como determina a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, nº 9.394/96 no inciso I do art. 12º (BRASIL, 1996). O PPP das RMS deverá ser fundamentado na atenção integral, orientado pela prática multiprofissional, atuando em um contexto interdisciplinar de um determinado campo, particularmente em áreas prioritárias para o SUS, integrando os núcleos de saberes e práticas de cada profissão (BRASIL, 2012b).

Por serem primordiais para a mudança do modelo de cuidado para o SUS, preceitos como Integralidade, Interdisciplinaridade e Intersetorialidade deverão ser contemplados nesses programas de ensino. As estratégias pedagógicas, pelas quais será possível a concretização de tais preceitos no cotidiano de ensino-aprendizagem, deverão ser descritas nos PPPs (SANTOS, 2010). Ainda, entendendo que a responsabilidade da Residência vai além da formação dos residentes inscritos e objetivando o alcance da educação permanente, um dos eixos norteadores desta formação, dispositivos que impulsionem processos educativos com profissionais, usuários, instituições de ensino e gestores deverão ser contemplados nos Projetos (SANTOS, 2010).

Uma das diretrizes da política de saúde brasileira versa a respeito do trabalho em equipe. Nas atividades desenvolvidas pelos residentes é possível constatar a organização do processo de trabalho em equipes, sob a noção de campo e núcleo de conhecimento. No campo tem-se os saberes e responsabilidades comuns a várias profissões integrantes do programa e no núcleo de saberes estão os

conhecimentos específicos a cada uma delas (CAMPOS, 2000; BRASIL, 2006b; FERREIRA, 2007).

Observa-se, atualmente, uma necessidade de flexibilizar a divisão do trabalho, não deixando de preservar as especificidades de cada profissão, mas realizando atividades comuns e mantendo intervenções próprias de suas respectivas áreas profissionais (FERREIRA, 2007). Nessa interação educativa, pode ocorrer a contraposição de ideologias, promovendo de forma produtiva, com respeito mútuo e maleabilidade, a desestabilização necessária para que os profissionais em formação comecem a refletir sobre os saberes e fazeres específicos de seus núcleos e campos de conhecimentos, construindo coletivamente novas alternativas nos serviços de saúde (FERREIRA, 2009).

Em consonância com as noções de campo e núcleo, a Resolução CNRMS nº 2/2012 define que as atividades dos programas de RMS devam ser organizadas em eixos. O primeiro é chamado de eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas. Há um segundo eixo chamado de integrador, referindo-se às áreas de concentração constituintes do programa. Ainda existem os múltiplos eixos, correspondentes aos núcleos de saberes de cada uma das profissões (BRASIL, 2012b).

Figura 1 – Delineamento da RMS.



Fonte: SisCNRMS/SESu/MEC, 2010.

Conforme a Resolução CNRMS nº 5 de 2014, conteúdos como “bioética, ética profissional, metodologia científica, epidemiologia, estatística, segurança do paciente, políticas públicas de saúde e o SUS” (BRASIL, 2014d, p.34) devem ser contemplados nas estratégias educacionais da RMS e são alguns dos temas

pertencentes ao eixo integrador transversal de saberes. Temáticas como “gestão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)” e “interdisciplinaridade e integralidade na atenção ao paciente crítico” podem fazer parte do eixo integrador da área de concentração “terapia intensiva”. “Fonoaudiologia na UTI” e “a Sistematização da Assistência de Enfermagem para o paciente crítico” podem ser exemplos de disciplinas dos múltiplos eixos relacionados aos núcleos de saberes de cada profissão.

Ao refletir sobre que saberes atenderão a proposta dessa modalidade de ensino, é importante ter em mente que o conhecimento clínico se faz importante e necessário, mas que ele não é soberano; portanto, para que o residente desenvolva um olhar ampliado em saúde, outros assuntos também deverão ser postos em discussão, tais como as estratégias de comunicação terapêutica, o processo de trabalho, a educação em saúde, a humanização do atendimento, entre outros (FERREIRA, 2009).

Outro ponto a ser destacado é a diferenciação entre os atores do corpo docente assistencial. Os profissionais poderão atuar como tutores, docentes ou preceptores. Os tutores são descritos como aqueles com titulações de mestres ou doutores, que possuem experiência profissional mínima de três anos e que têm a função de realizar a orientação acadêmica de preceptores e residentes. Os docentes são profissionais vinculados às instituições formadoras (Instituições de Ensino Superior - IES) ou executoras (Instituições de Saúde), que participam do planejamento e desenvolvimento das estratégias educacionais teóricas e teórico-práticas previstas pelo PPP do curso. O preceptor deverá ter formação mínima de especialista e realizará a supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde (BRASIL, 2012b), promovendo a integração entre a teoria e a prática em situações clínicas reais (CAVALCANTI, 2014).

A RMS configura-se como uma possibilidade diferenciada de qualificação profissional, por ter sua formação pautada no aprendizado em serviço, nos diferentes âmbitos da atenção à saúde. Pretende-se que os residentes, quando formados, sejam capazes de promover o olhar e escuta ampliados, de acordo com os preceitos da integralidade, atuando de forma articulada com os trabalhadores das várias áreas do conhecimento e nos diferentes espaços do cuidado em saúde (MARTINS, 2010).

Em suma, o objetivo geral das RMS gira em torno da formação de profissionais dos diversos núcleos do conhecimento para atuação em equipe multidisciplinar, com capacidade de intervenção interdisciplinar nos planos técnico, administrativo e político. No plano técnico, ao possibilitar o aperfeiçoamento dos conhecimentos de sua área de atuação, propiciando trocas mais ricas e novas formas de pensar saúde. No plano administrativo, ao analisar e discutir as maneiras de organização dos serviços assistenciais utilizados atualmente, propondo novos modos de planejamento e gestão. E, no plano político, através do engajamento destes na conformação do SUS, pela formação de um pensamento crítico frente às formas de assistência à saúde (OLIVEIRA, 2010).

No contexto da formação profissional, a Residência constitui-se em um potencial espaço ao permitir a reflexão crítica acerca dos processos de trabalho em equipe e ao possibilitar que teoria e prática sejam congregadas, aproximando os saberes e as práticas de todos os atores envolvidos (AUTONOMO, 2013; CAVALCANTI, 2014).

4.3 A Prática da Preceptoria no Cotidiano das Instituições de Saúde

Historicamente, a assistência ao usuário era o principal objetivo das instituições de saúde. Todavia, com o advento dos Hospitais de Ensino, houve a ampliação do foco para ações de pesquisa e ensino, fato que pode tornar-se um desafio para os profissionais que atuam nestes locais (BRASIL, 2006b). Neste contexto, a inserção das Residências nos serviços pode ser estratégica na desestabilização das práticas cristalizadas (BRASIL, 2006b). A convivência dos trabalhadores com os residentes pode contribuir para a construção de novos conhecimentos, através da problematização de seus processos de trabalho nestes serviços (FERREIRA, 2007).

Nesse contexto, os trabalhadores se deixam afetar pelas relações e saberes, recebendo de volta, como aprendizado, o agir e o saber do outro. A desestabilização descrita pode ser estendida aos preceptores que, por terem a titulação de especialistas e estarem vinculados prioritariamente à assistência, podem ter pouca ou nenhuma experiência em atividades de ensino e pesquisa (BRASIL, 2006b).

Muitos dos profissionais da saúde que atuam no ensino o fazem sem uma formação especializada ou mínima qualificação didático-pedagógica, não dispendo

de uma reflexão educacional relacionada ao seu fazer profissional (CAREGNATO, 2008; RIBEIRO, 2011). Uma pesquisa mostrou que 69% dos preceptores entrevistados declararam não terem recebido conteúdos de cunho pedagógico em suas graduações (FAJARDO, 2011). Esse estudo também evidenciou que sentimentos de despreparo e insegurança no exercício do ensino interferem no trabalho e são fatores de dificuldade (FAJARDO, 2011). Desta forma, pode-se inferir que a docência é um desafio maior à atualização profissional, do que a assistência.

Essencialmente, os preceptores são profissionais da saúde de nível superior, formados em graduações com currículos fragmentados e organizados por disciplinas, que passaram a exercer funções de preceptoria e de orientação de pesquisa, acrescidas ao trabalho vigente de prestador de serviço, ou seja, da “atividade fim” de assistência ao usuário. Sabe-se que o acúmulo de funções demandadas gera, em grande parte destes profissionais, diferentes graus de tensionamentos, que podem variar de acordo com a segurança para seu exercício profissional e conforme a presença ou não do apoio institucional para esta ocupação (RIBEIRO, 2011; FAJARDO, 2011).

Esses profissionais, ao serem demandados como preceptores, tendem a reproduzir as estratégias pedagógicas com as quais foram formados durante a vida, isto é, muitos reproduzem um modelo de ensino tradicional, unidirecional e conteudista. Diferentemente do tutor, o preceptor pertencerá ao mesmo núcleo profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática. Deverá ter perfil e características específicas para trabalhar na formação de profissionais que se tornarão especialistas, como negociação, sensibilidade, flexibilidade e conhecimento.

No passado, a formação de grande parte dos profissionais da saúde teve abordagem biologicista, hospitalocêntrica, centrada em conteúdos, compartimentalizada, priorizando as especialidades, cujo modelo de avaliação privilegiava o acúmulo de informações técnicas padronizadas (HADDAD, 2008; SANTOS, 2010). Desafiando as formas tradicionais de ensino-aprendizagem nas quais grande parte dos profissionais da saúde foi formada, nos anos 2000, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação em saúde foram discutidas e aprovadas. Nestes documentos ficam claros, entre outras coisas, a integração ensino-serviço, o estímulo às mudanças no currículo e a necessidade de repensar o processo educativo e as práticas em saúde até então vivenciadas pelos

profissionais (MISSAKA, 2011; JESUS, 2012). Portanto, buscar-se-á o aprender a aprender por parte do educando, com formações baseadas em metodologias ativas de ensino, com a precoce inserção do aluno em cenários de prática no SUS, com avaliações formativas e não apenas somativas, tendo o aluno como sujeito da aprendizagem e o professor como um facilitador, mediador deste processo de ensino-aprendizagem (HADDAD, 2008; BATISTA, 2012a; BATISTA, 2012b).

As DCNs instituem, portanto, padrões gerais de orientação para a elaboração dos currículos e dos PPPs, a serem adotados pelas instituições de ensino superior (PEREIRA, 2013). Em sua essência, visam à formação de profissionais-cidadãos críticos e reflexivos, engajados na produção de cuidados em resposta às demandas sociais e em consonância com os princípios do SUS, dimensão essencial do trabalho em saúde (CECCIM, 2004; HADDAD, 2008; SANTOS, 2010). Estes precisam ser capazes de atuar com qualidade, de forma eficiente e resolutiva no SUS, assegurando a integralidade e a qualidade da atenção, prestando um atendimento humanizado aos indivíduos, famílias e comunidades (CECCIM, 2004; BATISTA, 2012b).

Dessa forma, as DCNs dos cursos de graduação da saúde trazem como competências gerais “a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente” (BRASIL, 2001, p.5). Essas competências são elementos comuns da formação desejados para os graduados nos cursos da saúde e são complementadas pelas competências específicas necessárias para cada profissão. Elas priorizam não apenas o desenvolvimento cognitivo, mas também o desenvolvimento e incorporação de qualidades técnicas e humanísticas (CECCIM, 2004; BATISTA, 2012b).

As atividades interdisciplinares realizadas nas RMS articulam-se à Política Nacional de Educação Permanente e podem ser consideradas como estratégicas na formação de recursos humanos para o SUS (FERREIRA, 2007; RIBEIRO, 2013). A Educação Permanente, estruturada na problematização do processo de trabalho, parte do pressuposto da aprendizagem significativa, onde o trabalhador produz sentido a partir da reflexão crítica sobre os processos de trabalho visando à transformação das práticas de atenção à saúde (FERREIRA, 2007). A formação em área profissional para esses trabalhadores deverá incidir fortemente na noção de trabalho em equipe e sob a luz da política de educação permanente, de modo que as particularidades de cada realidade possam ser razão de recriação coletiva em

cada campo, conforme as articulações entre a atenção, gestão e participação social presentes em cada local (CECCIM, 2010).

Considerando a complexidade diária a ser enfrentada no sistema de saúde brasileiro, são necessários profissionais formados no enfrentamento de situações de incerteza, pois aqueles que assumem práticas rotineiras e padronizadas a todas as situações estagnam sua capacidade de olhar o todo, em oposição àqueles que estão permanentemente questionando e enfrentando novos problemas (BRASIL, 2001; RIBEIRO, 2012). Neste contexto, a preceptoria pode tomar como ação seu potencial de formar profissionais reflexivos, alheios às práticas estagnadas, inconformados com as ações automatizadas e com o compromisso ético de questionar se estão fazendo o melhor por seus pacientes (RIBEIRO, 2012).

A vivência nas atividades da RMS é favorável ao profissional recém-egresso que, devido à complementaridade de dois anos de ensino em serviço junto a profissionais das mais diversas profissões em cenários da prática, amplia seus horizontes para além dos conhecimentos da sala de aula e dos estágios curriculares da graduação. Desta forma, lhe é oportunizada uma experiência profissional de qualidade aliada ao desenvolvimento de competências que o acompanharão na vida profissional. Em contrapartida, a presença do residente no dia a dia do setor ou unidade pode mobilizar os profissionais que lá se encontram na busca por melhores práticas. Sendo assim, o futuro das instituições de saúde certamente passará cada vez mais pela implementação de novos programas de RMS, tendo em vista as potencialidades que esta modalidade de ensino traz ao SUS, seja na formação de recursos humanos familiarizados com seus princípios e diretrizes, seja na melhoria da assistência nas instituições de saúde.

4.4 A Relação Preceptor-Residente

O preceptor, ao acompanhar diretamente o residente em suas práticas, acaba por conduzir, quase que plenamente, o processo de ensino-aprendizagem, transformando as atividades desenvolvidas no dia a dia do trabalho em momentos educacionais. Ele deverá oportunizar experiências de aprendizagem ao residente durante sua vivência no campo e, para tal, necessitará prover de conhecimentos que vão além dos saberes inerentes à sua profissão.

Diferentemente das relações verticalizadas, a horizontalidade da relação preceptor-residente permite que o educando tenha abertura para expressar livremente suas opiniões e questionamentos e faz com que o preceptor mantenha-se acessível e disposto a ouvir. Além disso, o preceptor não deve assumir-se perante o residente como detentor de todo o saber, mas, sim, admitir seus próprios desconhecimentos, mostrando-se disposto a também aprender nesta interação educativa (SILVA, 2008; RIBEIRO, 2011).

Através do conhecimento pedagógico, o preceptor atuará como mediador no processo de ensino-aprendizagem, compartilhando com o residente o ensinar e aprender, através da troca de experiências e reflexões em cenários de atenção à saúde (RIBEIRO, 2011; RIBEIRO, 2013). Para tal, ele necessita mobilizar saberes e estratégias para conduzir esta interação educativa, pois é essencial saber ensinar de forma a ser compreendido. Esta compreensão dos conhecimentos, por parte dos residentes, concretizar-se-á no discernir, refletir e agir sobre o cotidiano o qual estão experienciando (AUTONOMO, 2013; RIBEIRO, 2013).

O profissional, ao exercer a preceptoria, reconhece a residência como uma prática educativa que demanda planejamento, competência, capacidade de improvisação e sensibilidade. Ele precisará, além da competência profissional, de qualidades como generosidade, comprometimento, consciência, liberdade, dialogicidade, segurança, compreensão do caráter político do educar e tomada de decisão. Além das estratégias didáticas que devem permear esta ação, outros saberes são importantes no exercício da preceptoria, como o conhecimento dos alunos, do currículo do programa, dos valores educacionais da IES e do contexto educativo no qual estão inseridos. (RIBEIRO, 2013).

Na prática, o preceptor é o profissional de referência para o residente, cabendo a ele o papel de orientação nos conhecimentos relativos ao campo e núcleo em sua área de atuação, bem como em relação às ações interdisciplinares. Não reconhecer o ensino como intrínseco à sua prática pode levar o preceptor a não estabelecer uma relação pedagógica com o residente, reduzindo essa interação educativa à simples delegação de suas atividades cotidianas. Desta forma, através da problematização acerca da realidade, ele conduzirá o residente no processo de ação e reflexão para a reconstrução da sua prática diária. Neste processo de troca, o preceptor também agrega conhecimentos, pois os homens se educam nas relações estabelecidas entre si e com o mundo.

4.5 Metodologias Ativas de Ensino: Problematização

As práticas educativas são norteadas pelas tendências pedagógicas, ou seja, a maneira pela qual é entendido o processo de ensino-aprendizagem. No sistema educacional brasileiro, a pedagogia tradicional, a renovada, a tecnicista e aquelas caracterizadas fundamentalmente por preocupações sociais e políticas são as mais preponderantes (PEREIRA, 2003). Entretanto, por mais que haja diferenciação entre as tendências pedagógicas, na prática, pode haver uma mescla de abordagens dentro do mesmo cenário educativo, onde os educadores podem valer-se de processos pedagógicos diferentes em uma mesma formação (PEREIRA, 2003).

O ensino em saúde consiste em uma complexa tarefa. Devido à dinamicidade deste processo, requer olhar diferenciado e sensível, envolvendo certas atitudes, como o estar disponível, aberto à escuta, a flexibilidade, a sensatez e a pró-atividade (MELO, 2014). O profissional de saúde preceptor é um educador em sua essência, pois sua atuação como ator constituinte do ensino em serviço envolve não apenas o residente, mas os demais membros da equipe, o paciente, seus familiares e a instituição de saúde (GARCIA, 2001; MELO, 2014). Todavia, em muitos serviços, as práticas educativas convencionais ainda estão presentes e acabam por priorizar o repasse de informações, a individualidade e a prática repetitiva (MELO, 2014).

Objetivando a mudança desse paradigma, há um incentivo por parte dos Ministérios da Saúde e Educação quanto ao uso de métodos de aprendizagem ativa, que focam no “aprender a aprender” e são organizados a partir de situações problema no cotidiano dos serviços de saúde (MELO, 2014). A reflexão sobre os problemas desencadeia a busca por explicações para os acontecimentos e a proposição de soluções. Para tal, o aluno acaba por reconstruir os conteúdos, reorganizando, adaptando e desvelando novas relações entre o que é vivenciado e sua estrutura cognitiva prévia (MELO, 2014).

Dentro dos métodos de aprendizagem ativa, encontra-se a Problematização, metodologia prevista tanto nas normativas que regem as RMS, quanto na Política de Educação Permanente em Saúde.

Esse método objetiva a formação de sujeitos sociais ativos, não alheios à realidade, crítico-reflexivos, criativos e com capacidade de intervir e modificar questões que requerem soluções (SANTOS, 2010). Não se trata de memorizar procedimentos ou ideias, o enfoque nesta perspectiva de formação expande-se para

o formular soluções de acordo com o problema que se apresenta, levando-se em conta toda a imprevisibilidade das nossas vivências cotidianas (SANTOS, 2010).

A problematização encontra fundamentação e respaldo, dentre outras, na Pedagogia Libertadora/Problematizadora de Paulo Freire (CYRINO, 2004; MELO, 2014). Freire (2013) enfatiza que os problemas a serem estudados necessitam valer-se de um cenário real, visto que, através da observação da realidade, os problemas obtidos manifestam-se em sua plenitude, com todas as suas contradições, o que incorpora postura crítica à educação, acarretando em um caráter fortemente político ao trabalho pedagógico na problematização (CYRINO, 2004). Assim sendo, esta abordagem relaciona-se a valores como: respeito aos saberes e à autonomia dos educandos, a criticidade, a corporificação das palavras pelo exemplo, aceitação do novo, rejeição da discriminação e a disponibilidade para o diálogo (SANTOS, 2010).

Nessa metodologia o conteúdo está em constante processo de renovação e ampliação, inserido criticamente na realidade, que do mesmo modo está em permanente transformação. Portanto, a problematização traz como eixo básico de orientação a relação ação-reflexão-ação transformadora (CYRINO, 2004).

Uma referência para a utilização dessa metodologia no ensino universitário brasileiro está presente, desde os anos de 1980, por intermédio dos trabalhos de Maguerez, Bordenave e Pereira. Neles, há a proposição de um esquema de problematização da realidade, desenvolvido por Maguerez como método do arco, apoiado em cinco etapas: observação da realidade (problema), pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade (BERBEL, 1998; PEREIRA, 2003; CYRINO, 2004), como representado na Figura 2.

Figura 2 – Passos do processo de ensino-aprendizagem com base no Arco de Maguerez.



Fonte: PEREIRA, 2003.

A primeira etapa desse arco é a observação da realidade, nela os educandos são orientados a olhar atentamente e registrar o que perceberem sobre um aspecto selecionado da realidade, identificando dificuldades, carências, discrepâncias que serão problematizadas (BERBEL, 1998; PEREIRA, 2003).

Na segunda etapa, identificam os pontos-chave do problema, separando dessa observação inicial o que é verdadeiramente importante do puramente superficial ou contingente (BERBEL, 1998; PEREIRA, 2003).

A terceira etapa é a da teorização. Nela ocorre a investigação propriamente dita, onde o educando busca informações sobre o problema dentro de cada ponto-chave já definido, de forma que estas informações levantadas sejam tratadas, analisadas e avaliadas quanto às suas contribuições para resolver o problema (BERBEL, 1998; PEREIRA, 2003). Se esta fase for exitosa, o aluno chegará a entender o problema não somente de forma empírica ou situacional, mas também com os princípios teóricos que o explicam, o que é altamente enriquecedor ao permitir o crescimento mental do educando. Este é um dos fatos que denotam a superioridade da problematização sobre as pedagogias de transmissão e condicionamento (PEREIRA, 2003).

A quarta etapa trata das hipóteses de solução, onde, após todo o estudo realizado e como produto da profunda compreensão que se obteve sobre o problema, o aluno cria possíveis soluções, de forma crítica e criativa (BERBEL, 1998; PEREIRA, 2003).

Na última fase, aplicação à realidade, o aluno põe em prática ou encaminha as soluções encontradas. Ainda, com base nessa experiência, aprende a generalizar o aprendido para utilizá-lo em diferentes situações, quando conveniente (BERBEL, 1998; PEREIRA, 2003).

Assim sendo, o Arco de Magueres tem a realidade como ponto de partida e de chegada do processo de ensino e aprendizagem. Constitui-se em ferramenta potente no sentido de levar o aluno ao exercício da ação-reflexão-ação (BERBEL, 1998).

As repercussões da pedagogia da problematização, tanto no nível individual, quanto social, foram apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Repercussões da pedagogia da problematização

Nível Individual	Nível Social
Aluno constantemente ativo, observando, formulando perguntas, expressando percepções e opiniões.	População conhecedora de sua própria realidade.
Motivado pela percepção de problemas reais, cuja solução se converte em reforço.	Métodos e instituições originais, adequados à própria realidade; redução da necessidade de um líder, pois líderes são emergenciais.
Aprendizagem ligada a aspectos significativos da realidade.	Elevação do nível médio de desenvolvimento intelectual da população, graças a maior estimulação e desafio.
Desenvolvimento das habilidades intelectuais de observação, análise, avaliação, compreensão, extrapolação, etc.	Criação (ou adaptação) de tecnologia viável e culturalmente compatível.
Intercâmbio e cooperação com os demais membros do grupo.	Resistência à dominação por classes e países.
Superação de conflitos como integrante natural da aprendizagem grupal.	
Status do professor não difere do status do aluno.	

Fonte: Adaptado de PEREIRA, 2003.

A prática educativa norteada pela pedagogia da problematização como a RMS, objeto deste estudo, é a mais adequada à área da saúde. Ao promover a valorização do saber do aluno, instrumentaliza-o para a sua própria transformação e de sua realidade. Ainda, contribui para o empoderamento dos usuários por meio do acesso à informação e ao estabelecer participação ativa destes atores em suas próprias ações de saúde. E, por fim, contribui para o contínuo desenvolvimento de competências técnicas e humanas nos trabalhadores da saúde (PEREIRA, 2003).

4.6 As Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Atualmente, para o enfrentamento dos desafios do cenário atual do setor da saúde, o trabalho em equipe e a prática interprofissional são preponderantes (PEDUZZI, 2013). Por intermédio destes, a consolidação do atual modelo de atenção é viabilizada, partindo do modelo biomédico, marcado pela fragmentação das ações, rígida divisão e despersonalização do trabalho, para o modelo de atenção integral, que apreende o conceito ampliado de saúde, contextualizado nas necessidades da população, articulando ações de promoção, prevenção e recuperação, dentro das redes de atenção à saúde (RAS) (MENDES, 2010; PEDUZZI, 2013).

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população. São constituídas por um coletivo de serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que interagem de forma cooperativa e interdependente, tendo uma única missão e objetivos comuns. Suas ações levam em consideração o tempo, o lugar e os custos certos, para a prestação de serviços de forma humanizada, com qualidade e cientes de suas responsabilidades sanitárias e econômicas (MENDES, 2010).

Partindo dessa definição, emergem algumas características básicas das RAS, sendo elas: o compartilhamento de uma missão e objetivos comuns; a utilização do modelo de atenção integral; a prestação cooperativa e interdependente de serviços; o constante intercâmbio de recursos; organização de forma poliárquica, onde os serviços absorvidos pela rede têm igual importância, sem haver relações de subordinação, mas sim relações horizontalmente constituídas, implicando em um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; o enfoque no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; e a prestação de serviços de forma segura e eficiente, em consonância com as melhores evidências disponíveis (CECCIM, 2004; MENDES, 2010).

A operacionalização das RAS se dá através dos seus três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (MENDES, 2010; MENDES, 2011).

A população, como elemento constitutivo, trata da habilidade de um sistema de saúde em estabelecer as necessidades de uma população específica, adscrita em um determinado território sob sua responsabilidade, visando prover o cuidado para as pessoas no contexto no qual estão inseridas (MENDES, 2010; MENDES, 2011).

O segundo elemento, a estrutura operacional, é constituído pelos nós das redes e pelas ligações materiais que as comunicam. Os nós são compostos pelos centros de comunicação (atenção primária à saúde), pelos pontos de atenção secundários e terciários (pontos da rede onde se ofertam determinados serviços especializados, com diferentes densidades tecnológicas) e pelos sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico). As ligações entre os pontos são representadas pelos sistemas logísticos e de governança institucional, gerencial e de financiamento da rede de atenção à saúde (MENDES, 2010; MENDES, 2011).

Por fim, o terceiro elemento constitutivo das RAS, os modelos de atenção, são descritos como o modelo lógico que organiza o funcionamento das redes (MENDES, 2010; MENDES, 2011). São conformações que os sistemas de saúde adquirem, em determinado tempo e lugar, que têm por finalidade articular de forma singular as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os enfoques das ações de saúde em diferentes momentos da história das doenças e os variados tipos de intervenções sanitárias, visando ao enfrentamento e à resolutividade dos problemas de saúde existentes em uma coletividade (MENDES, 2010; MENDES, 2011).

Essa configuração de modelo de atenção parte da necessidade de mudança dos sistemas de saúde, para que possam responder de forma efetiva, eficiente e segura às situações de saúde repletas de condições crônicas e que não poderiam ser sanadas em sistemas de saúde organizados de forma fragmentada, voltados prioritariamente às condições agudas (MENDES, 2010; MENDES, 2011). Por conseguinte, o sistema de saúde atual conta com modelos de atenção para condições agudas e crônicas (MENDES, 2010).

Os modelos de atenção às condições agudas, onde a área de concentração em atenção ao paciente crítico (objeto deste estudo) vincula-se, tem por objetivo identificar a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência no menor tempo possível, determinando assim o ponto de atenção mais apropriado àquela situação, levando, como variável crítica, o tempo de resposta requerido pelo risco classificado (MENDES, 2010; MENDES, 2011). Dessa forma, há de se distribuir os usuários equilibradamente por todos os pontos de atenção da rede, segundo os riscos que cada um apresenta. Como exemplo, pessoas portadoras de urgências menores, classificadas como azuis ou verdes (baixa complexidade), deverão ser atendidas em serviços de atenção primária à saúde e não em hospitais terciários de urgência e emergência. Portanto, visando à melhoria da atenção às condições agudas e aos eventos decorrentes das agudizações das condições crônicas, implantou-se a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

4.7 A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)

A ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção à saúde no SUS são objetivos fundamentais do MS, que tem, na implantação das Redes

Temáticas prioritárias, a estratégia nuclear para o alcance destes fins (BRASIL, 2013).

Atualmente, há uma nova estrutura social marcada pela presença e funcionamento de um sistema de redes interligadas. Em 2010, o MS sancionou a Portaria nº 4.279, que descreve as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS (BRASIL, 2010b).

Estas foram definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010b).

O objetivo da RAS é promover a integração de ações e serviços de saúde com a prestação de atenção de forma contínua, integral, qualificada, humanizada e com responsabilidade, potencializando o desempenho do SUS, em aspectos como acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e econômica (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2013). Portanto, a organização das RAS é estratégica para a superação da fragmentação da atenção e da gestão, e para o contínuo aperfeiçoamento político-institucional do SUS (BRASIL, 2010b).

Em 2011, após a pactuação tripartite, as redes foram priorizadas em cinco áreas temáticas, objetivando realizar o enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças que mais acometem a população (BRASIL, 2014b). Sendo elas:

- a) Rede Cegonha – que tem um recorte de atenção a gestantes e a crianças até 24 meses.
- b) Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) – que tem como linhas de cuidado prioritárias: atenção ao infarto agudo do miocárdio, ao acidente vascular cerebral e ao politrauma.
- c) Rede de Atenção Psicossocial – com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, *Crack* e outras drogas.
- d) Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas – iniciada pelos agravos oncológicos.
- e) Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

Pensando na organização de uma RUE que atenda aos principais problemas de saúde de forma resolutiva, foi necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro. Atualmente, evidencia-se entre pessoas até os 40 anos uma

alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito e, acima dessa faixa etária, relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral, o que justifica a escolha das linhas de cuidado prioritárias (BRASIL, 2013).

A melhoria na atenção ao paciente crítico, prevista pela REU, relaciona-se diretamente com a forma com que o trabalho em equipe se organiza, tendo em vista a humanização do cuidado, a qualidade da gestão hospitalar, a ampliação do acesso e garantia de infraestrutura adequada (BRASIL, 2013). O paciente crítico é descrito na Portaria MS nº 2.338/2011 como:

aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental (BRASIL, 2011b, p. 28).

A Portaria nº 1.600/2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, cita em seu artigo 4º, os componentes da RUE, sendo eles: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; e Atenção Domiciliar. As Figuras 3 e 4 apresentam os componentes da RUE.

Figura 3 – Representação gráfica dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.



Figura 4 – Representação gráfica dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e suas interfaces.



Fonte: Brasil, 2013.

Quanto ao componente hospitalar, descrito no artigo 11 da Portaria nº 1.600/2011, o mesmo “será constituído pelas portas hospitalares de urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e, pelas linhas de cuidado prioritárias” (BRASIL, 2011a, p. 69).

Nesse contexto encontram-se os Programas de RMS nas áreas de concentração em terapia intensiva e atenção ao paciente crítico, que devem fazer uso e promover cenários de aprendizagem configurados das RAS, de forma a garantir uma formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de método misto sequencial [QUAL+quan], de natureza aplicada, empreendido através de um estudo de casos múltiplos.

O método misto sequencial é [QUAL+quan], pois as letras maiúsculas significam que o referencial teórico primário da pesquisa é de natureza qualitativa (QUAL), portanto a amostra é tipicamente pequena e selecionada propositalmente. As letras minúsculas indicam dados secundários quantitativos (quan) e o sinal de mais (+) representa que o método foi implementado de forma simultânea dentro do mesmo período de coleta de dados (DRIESSNACK, 2007).

A natureza do estudo pode ser descrita como aplicada, quando gera conhecimentos dirigidos à solução de problemas específicos, direcionados à aplicação prática (GERHARDT, 2009).

Quanto à abordagem, os estudos podem ser qualitativos, quantitativos ou mistos. A abordagem qualitativa permite ao pesquisador um conhecimento mais aprofundado acerca de um fenômeno, produzindo um alto nível de detalhamento. Na quantitativa, as questões de pesquisa são direcionadas a explicar relações entre variáveis pelo exame de variações. Desta forma, o pesquisador pode extrapolar a partir dos dados, com o intuito de desenvolver uma explicação mais geral do fenômeno (GERHARDT, 2009). Já o método misto se refere a um único estudo que utiliza, concomitante ou sequencialmente, duas ou mais estratégias para responder às questões de pesquisa. Nesta concepção, a estratégia secundária ou de menor importância é descrita como sendo importada para o estudo, uma vez que ela normalmente não se encaixaria nas suposições gerais do desenho metodológico. Sendo assim, o papel do recurso secundário é dar apoio à estratégia principal de coleta de dados, buscando uma perspectiva ou dimensão que não pode ser acessada pela abordagem principal, refinando a descrição, permitindo uma exploração mais profunda ou realizando a tentativa de testar uma conjectura emergente (DRIESSNACK, 2007).

O uso de múltiplas fontes de evidências permite principalmente cinco objetivos, sendo eles: a) triangulação, que se refere à convergência ou corroboração dos dados coletados e interpretados a respeito do mesmo fenômeno; b)

complementaridade, que não foca apenas na sobreposição ou convergência dos achados, mas também nas diferentes facetas do fenômeno; c) desenvolvimento, que combina ou usa resultados de um estudo para desenvolver outro método de estudo; d) iniciação, que envolve análise intencional de novas perspectivas para estudar um fenômeno de interesse; e e) expansão, que visa ao aumento geral do escopo, amplitude ou alcance de um estudo (DRIESSNACK, 2007).

Quanto ao procedimento, optou-se pela realização de um estudo de caso. Este pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida, como um programa, uma instituição, uma pessoa, um sistema educativo, de forma profunda e exaustiva, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento. Pretende-se não intervir sobre o objeto a ser estudado, mas revelá-lo tal como ele o percebe. Quanto à definição da unidade-caso, este delineamento pode ser classificado como estudo de caso único, quando se refere apenas a um indivíduo, uma organização, um grupo, dentre outros, ou estudos de casos múltiplos, quando o pesquisador estuda conjuntamente mais de um caso para investigar determinado fenômeno (GERHARDT, 2009; GIL, 2010).

5.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em dois complexos hospitalares situados no Município de Porto Alegre, sendo eles, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA). Para a escolha do cenário da pesquisa levaram-se em consideração os objetivos do estudo, a aprovação e o interesse dos coordenadores desses programas de RMS para o desenvolvimento deste trabalho. Além disso, a seleção destas instituições deve-se ao interesse da pesquisadora mestranda em colaborar com o contexto no qual está inserida, como preceptora da Residência Integrada em Saúde (RIS) do GHC, e das demais pesquisadoras, por suas vinculações à Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (REMIS) da ISCMPA em parceria com a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Por tratar-se de um estudo dirigido aos profissionais que desempenham a função de preceptoria da RMS e que desenvolvem suas atividades docente-assistenciais junto a pacientes críticos, optou-se investigar aqueles vinculados às

áreas de concentração em atenção ao paciente crítico (APC) da RIS/GHC e em terapia intensiva da REMIS/ISCOMPA-UFCSPA.

Vinculado ao MS, o GHC situa-se quase que totalmente na Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar do Município de Porto Alegre/RS, sendo reconhecido como a maior rede pública de hospitais do Sul do país. Referência no atendimento ao SUS, o GHC é constituído pelos Hospitais Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Criança Conceição (HCC), Cristo Redentor (HCR) e Fêmeina, pela Unidade de Pronto Atendimento Moacyr Scliar, por doze Unidades de Saúde integrantes do Serviço de Saúde Comunitária, por três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo eles um CAPS infantil, um CAPS II e um CAPS Álcool e outras Drogas III, por programas especiais como o Consultório de Rua, Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) e pelo Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC (BRASIL, 2014a).

Como instituição voltada ao ensino e à pesquisa, oferece formação multidisciplinar por meio da RIS desde 2004. Inicialmente, a RMS era composta por três áreas de atuação e, atualmente, conta com seis áreas de concentração, sendo elas: atenção ao paciente crítico (APC); atenção materno-infantil e obstetrícia; gestão em saúde; oncologia-hematologia; saúde da família e comunidade; e saúde mental (FAJARDO, 2011).

A área de concentração em APC, em seus primórdios, foi denominada como terapia intensiva e contemplava prioritariamente o contexto das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) do Grupo. Em 2010, com a ampliação para a APC, houve a inclusão de outros campos e um acréscimo no número de vagas disponíveis a residentes e preceptores (FAJARDO, 2011).

Atualmente, a APC conta com residentes de seis núcleos profissionais da área da saúde, que realizam educação em serviço nos campos descritos no Quadro 3 (GIBBON, 2014).

Quadro 3 – Distribuição dos campos de práticas por núcleo profissional.

Núcleo Profissional	HSNC	HCR	HCC
Farmácia	Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	UTI	-
	Emergência Clínica		
	Ambulatório de Terapia Nutricional		
	Bloco Cirúrgico		
	Central de Misturas Injetáveis		
	Farmácia de Medicamentos Especiais		
	Programa de Atendimento Domiciliar		

	(PAD) Núcleo Interno de Regulação de Leitos (NIR)		
Enfermagem	UTI Emergência NIR * Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-POA)	UTI Emergência do Trauma	UTI Neonatal UTI Pediátrica
Fisioterapia	UTI Emergência NIR PAD	UTI	UTI Neonatal UTI Pediátrica
Nutrição	UTI Emergência NIR PAD	UTI	UTI Neonatal UTI Pediátrica
Fonoaudiologia	NIR PAD	UTI Unidade de Internação Neurocirúrgica	UTI Neonatal
Serviço Social	Emergência NIR PAD	Emergência	Equipe do Serviço Social

Fonte: Adaptado de GIBBON, 2014.

* Realizam estágio de vivência no SAMU em parceria com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

A Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA), pertencente à Gerência Distrital de Saúde Centro, é uma fundação de direito privado e de caráter filantrópico, constituída por um complexo integrado de sete unidades hospitalares, sendo elas: Hospital Santa Clara (HSC), São José (HSJ), São Francisco (HSF), Santa Rita (HSR), Criança Santo Antônio (HCSA), Dom Vicente Scherer (HDVS) e Pavilhão Pereira Filho (PPF). Destinados à prestação de serviços assistenciais, referenciam à instituição a excelência no atendimento médico-hospitalar, com destaque para as áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Cardiologia, Neurocirurgia, Pneumologia, Oncologia, Pediatria e Transplantes (ISCOMPA, 2014).

Tratando-se de uma fundação de ensino e assistência social, a ISCOMPA, alinhada com as políticas do Ministério da Educação (MEC) para formação de recursos humanos voltados ao SUS, compôs em 2012 uma parceria com a UFCSPA, considerada instituição acadêmica formadora, e com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre com o intuito de ofertar RMS. Primeiramente, a REMIS ofertava vagas exclusivamente na área de concentração em terapia intensiva. A partir de 2015, instituiu a onco-hematologia e, em 2016, a atenção ao câncer infantil (UFCSPA, 2016). Atualmente, a terapia intensiva conta com residentes de seis núcleos profissionais da área da saúde, que realizam ensino em serviço nos campos descritos no Quadro 4 (UFCSPA, ISCEP, 2014).

Quadro 4 – Distribuição dos campos de práticas por núcleo profissional, 2016.

Núcleo Profissional	HCSA	HSC	PPF	HSF	HSR	Outros
Farmácia	Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica	UTI	UTI	UTI	-	Unidade Básica de Saúde (UBS) Restinga UBS Belém Novo
Enfermagem	UTI Pediátrica	UTI	UTI	UTI	UTI	UBS Restinga UBS Belém Novo
Fisioterapia	UTI Pediátrica Unidade de Internação	UTI Unidade de Internação UTI Neonatal	UTI Unidade de Internação	-	-	UBS Restinga UBS Belém Novo
Nutrição	UTI Pediátrica	UTI Unidade de Internação UTI Neonatal Maternidade	-	-	UTI Unidade de Internação	UBS Restinga UBS Belém Novo
Fonoaudiologia	UTI Pediátrica Unidade de Internação Ambulatório Otorrino	UTI UTI Neonatal Unidade de Internação Ambulatório Otorrino	-	-	-	UBS Restinga UBS Belém Novo
Psicologia	UTI Pediátrica Unidade de Internação	UTI	-	UTI Unidade de Internação	UTI Unidade de Internação	UBS Restinga UBS Belém Novo HDVS

Fonte: Adaptado de UFCSPA, 2014.

5.3 Universo e Amostragem

Durante o período de coleta de dados, o universo foi constituído por 47 preceptores. Na RIS/GHC optou-se por convidar todos os profissionais que recebiam Função Gratificada (FG) para o desempenho da preceptoria na área de concentração em APC. Desta forma, somaram-se doze preceptores de cinco núcleos profissionais, a contar: três fisioterapeutas, quatro enfermeiros, um farmacêutico, dois nutricionistas e dois fonoaudiólogos. Na ocasião da coleta de dados, a preceptoria do núcleo do serviço social estava em fase de substituição, pois a preceptora anterior havia se desligado da instituição.

Na REMIS, os trinta e cinco preceptores convidados foram aqueles listados no Manual do Residente no ano de 2015, com eventuais alterações, visto que alguns dos convidados foram indicados pelas lideranças de seus setores (que haviam sido descritas anteriormente como preceptores de acordo com o manual) como sendo

aqueles profissionais que efetivamente realizam o acompanhamento dos residentes no campo de práticas. Eram dezessete enfermeiros, dois farmacêuticos, cinco fisioterapeutas, dois fonoaudiólogos, seis nutricionistas e três psicólogos que compuseram o universo de pesquisa.

Na primeira fase do estudo, que teve abordagem quantitativa, o processo de amostragem foi não probabilístico por conveniência. Portanto, o convite eletrônico foi enviado ao *e-mail* de todos os preceptores levantados. Foram incluídos no estudo aqueles que realizaram o aceite para a participação no período previsto para a coleta de dados inicial.

Na segunda fase, por ter abordagem qualitativa, a definição do número de participantes deu-se devido à reincidência das informações obtidas durante as entrevistas e à conseqüente saturação dos dados. Realizou-se o convite a sete preceptores de cada um dos programas de RMS, assim discriminados:

- a) RIS/GHC: uma nutricionista; uma farmacêutica; uma fonoaudióloga; uma fisioterapeuta; e três enfermeiros (um enfermeiro de UTI e outras duas de emergências com enfoques diferentes, uma clínica e outra de trauma).
- b) REMIS/ISCOMPA-UFSCPA: uma psicóloga; uma nutricionista; uma farmacêutica; uma fonoaudióloga; uma fisioterapeuta; e dois enfermeiros (um de uma UTI campo de práticas dos residentes de primeiro ano - R1, e outra de residentes do segundo ano - R2).

Os critérios de inclusão nesta etapa foram: preceptores que estavam atuando no período da coleta de dados e que aceitaram participar deste estudo.

5.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Os objetivos deste estudo foram viabilizados por intermédio de duas modalidades de coletas de dados: questionário eletrônico e entrevista individual.

O questionário eletrônico¹ (Apêndice A) deu suporte à estratégia principal de coleta de dados e caracterizou a amostra. Elaborado pela própria pesquisadora, foi

¹ Este questionário foi aplicado em duas pesquisas distintas, intituladas respectivamente: a) PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: vivência do ser preceptor na ênfase de atenção ao paciente crítico; b) PRÁTICAS PEDAGÓGICAS NO SUS: análise da integração Ensino – Serviço na Atenção Primária à Saúde sob a ótica do Preceptor. Estas pesquisas possuem como objetivo comum: - avaliar as práticas dos profissionais de saúde como preceptores em diferentes níveis de atenção.

concebido utilizando o aplicativo *Google Drive* através da ferramenta denominada *Form*, sendo disponibilizado totalmente *online* através deste mesmo aplicativo aos respondentes. Foi dividido em três grupos de questões: identificação, através de dados que objetivaram descrever a amostra como um todo; preceptoria, onde as questões dizem respeito à prática da preceptoria nos serviços de saúde; e dissertativas, objetivando proporcionar a livre expressão dos participantes quanto ao seu processo de preceptoria. Este instrumento foi composto por questões fechadas dicotômicas e de múltipla escolha, parte delas avaliadas através da escala Likert¹, mistas e por questões abertas.

Sequencialmente, visando o aprofundamento do tema de pesquisa, foram realizadas entrevistas individuais, semiestruturadas, face a face, em ambiente externo ou no campo de trabalho, em dia e horário conforme combinação entre as partes. Para possibilitar a ampla coleta das respostas obtidas, utilizou-se o gravador de áudio para a posterior transcrição das falas. O roteiro final das entrevistas (Apêndice B) foi obtido após a análise inicial dos questionários, considerando as informações prestadas pelos preceptores. Com este recurso, esperou-se evidenciar aspectos do cotidiano da preceptoria no contexto dos setores de alta complexidade, como UTIs e Emergências.

5.5 Processamento e Análise de Achados

O desenho deste estudo foi concebido em três fases distintas: a) abordagem inicial do tema, investigando os preceptores por meio de questionário eletrônico; b) aprofundamento temático através da realização de entrevistas com os preceptores; e c) elaboração de um produto educacional acerca do tema.

Na primeira fase, realizou-se contato prévio com os coordenadores dos Programas de RMS nas áreas de concentração avaliadas, com o intuito de se obter as listas de contatos dos preceptores. Mensagens eletrônicas individuais (Apêndice C) foram enviadas a cada participante, onde o corpo da mensagem explicava a intenção do contato e fazia um resumo acerca dos objetivos gerais do estudo, seguido do link de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

¹ A Escala Likert mede atitudes e comportamentos utilizando opções de resposta que variam de um extremo a outro, permitindo desvelar níveis de opinião. Neste estudo, optou-se por uma escala de cinco níveis, sendo eles: discordo totalmente; discordo parcialmente; nem concordo, nem discordo; concordo parcialmente; concordo totalmente.

online (Apêndice D) e ao questionário eletrônico. Estes foram concebidos utilizando o aplicativo *Google Drive* (drive.google.com), através da ferramenta gratuita denominada *Form*, que torna possível criar, enviar e analisar formulários *online*.

Determinou-se um período de 15 dias para que os profissionais respondessem ao questionário eletrônico e, após o prazo limite de resposta, foram aplicadas novas estratégias de contato com os potenciais participantes da pesquisa. Para fins de maior adesão destes, foram realizadas visitas aos campos de trabalho dos mesmos e sensibilização através de conversas com as equipes. Ainda, posteriormente, enviaram-se por e-mail de lembretes do convite para a primeira fase do estudo (Apêndice E). Sendo assim, a primeira etapa do estudo teve enfoque quantitativo, perdurou de julho a outubro de 2015 e contou com uma amostra de 31 preceptores.

Após a aplicação do mesmo, os dados compilados foram exportados do aplicativo *Google Drive* para planilhas no *Microsoft Excel 2010*, onde foram analisados. Realizou-se o tratamento dos dados da primeira etapa através da estatística descritiva univariada, por meio dos parâmetros resultantes dos índices de distribuição de frequência, com medidas de tendência central e de dispersão.

Com o término da primeira fase da pesquisa, levantaram-se pontos a serem mais bem investigados na segunda etapa, através do acréscimo de questões norteadoras ao roteiro semiestruturado de apoio à entrevista.

O convite para a segunda fase foi realizado, inicialmente, via mensagem eletrônica (Apêndice F) para pelo menos um preceptor de cada núcleo profissional de ambos os programas. Posteriormente, após o aceite para a entrevista, marcaram-se os horários e locais, dentro ou fora do ambiente de trabalho, conforme a conveniência dos participantes. Estes foram apresentados ao TCLE presencial (Apêndice G), recebendo uma via do documento. Informou-se que a entrevista seria gravada em arquivos de áudio, para que a transcrição posterior fosse fiel às suas falas, e reiterou-se quanto ao sigilo que envolvia aquele encontro. Todos os dados coletados com as entrevistas foram gravados em arquivos de áudio no formato *.wma* e transcritos pela mestrandia e por dois colaboradores. A coleta de dados da segunda etapa do estudo perdurou de novembro a dezembro de 2015 e contou com 14 participantes. A média de duração das entrevistas foi de 21 minutos, contendo cerca de 12 minutos a mais breve e, 33 minutos, a mais longa.

Para a análise das falas investigadas, o tratamento dos dados foi de cunho qualitativo e empregou-se como referencial metodológico a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Por tratar-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações, realizada por meio de procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das falas, todos os dados coletados foram analisados a partir de leitura minuciosa do material transcrito, agrupando-os em categorias e subcategorias temáticas.

As informações das entrevistas semiestruturadas foram transcritas, conservando o máximo de informações, tanto linguísticas, como paralinguísticas, conforme propõe Bardin e, posteriormente, sofreram análise com o auxílio do *software* NVivo 11¹, seguindo as etapas:

- a) Transcrição na íntegra das entrevistas gravadas;
- b) Leitura flutuante do *corpus*² - que consiste em leituras e releituras do material a ser analisado, objetivando à sistematização e codificação dos dados coletados;
- c) Análise temática - com a separação e identificação dos temas abordados em núcleos de sentido, visando agrupá-los, posteriormente, em categorias e subcategorias;
- d) Resultados e interpretação - que se refere à organização de uma estrutura condensada das informações com apresentação de trechos das entrevistas que caracterizam os diferentes temas abordados, a fim de elaborar um conjunto de interpretações que abarque a consistência dos dados apresentados.

Os entrevistados foram identificados pela letra “E” seguida pelo número da entrevista, conforme ordem cronológica, e pela letra A ou B para cada instituição pesquisa, sendo “A” para o GHC e “B” para ISCMPA, como, por exemplo, o profissional do GHC, sétimo a ser entrevistado, foi representado pelo código: E7A.

Após a análise e triangulação dos dados, iniciou-se a terceira etapa deste estudo. Com base nestas informações, realizou-se a elaboração de um produto educacional sob a forma de um *site*, que aborda a preceptoria na RMS.

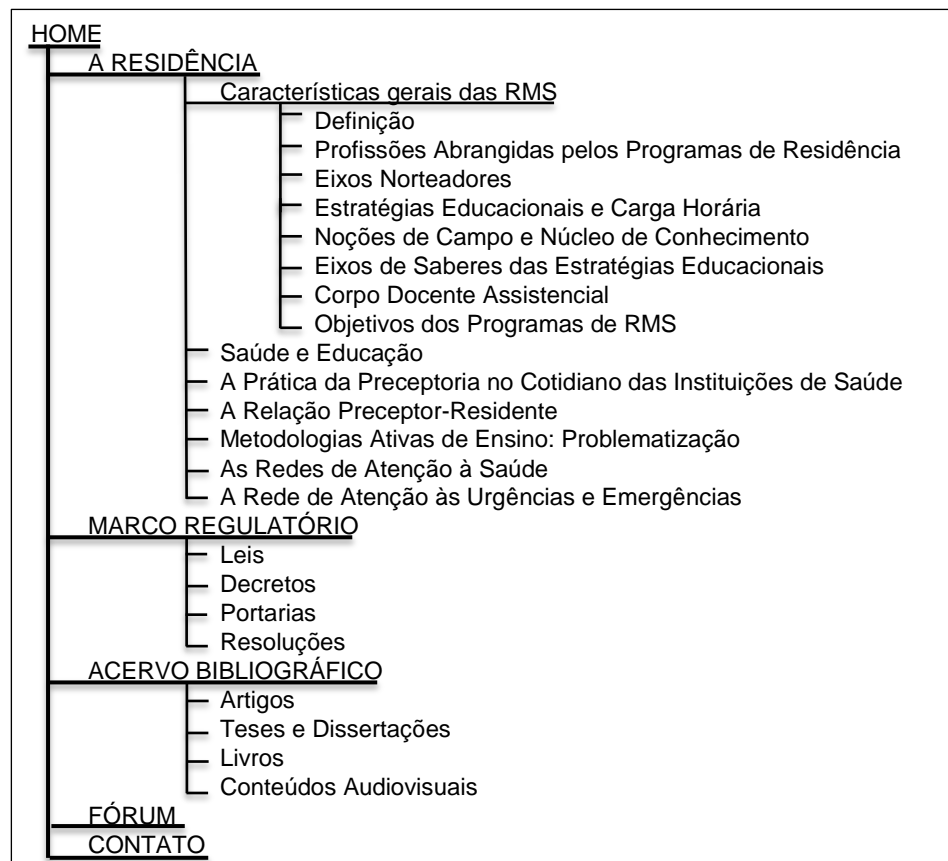
¹ NVivo é um software que suporta métodos qualitativos e variados de pesquisa. Ele é projetado para ajudar você a organizar, analisar e encontrar informações em dados não estruturados ou qualitativos como: entrevistas, respostas abertas de pesquisa, artigos, mídia social e conteúdo web (QSR International, 2016).

² *Corpus*: diz respeito ao conjunto dos documentos a serem submetidos ao processo de análise a partir das regras de exaustividade, representatividade e pertinência (BARDIN, 2011).

Para tal, utilizou-se a plataforma de criação de *sites* Wix (<http://pt.wix.com>). Ela apresenta um editor do tipo "arraste e solte", totalmente intuitivo, oferece recursos em HTML5, centenas de *templates* prontos, hospedagem profissional, aplicativos inovadores e de forma gratuita. Desta forma, a experiência de criar um *site* original foi facilitada, pois não houve o envolvimento com códigos de programação, visto esta não ser uma das áreas de conhecimento das autoras.

Intitulado “Residência Multiprofissional em Saúde: um *site* para preceptores da atenção ao paciente crítico”, o *site* traz como URL “residencias-em-saude.wixsite.com/preceptoria” e conta com conteúdos sobre os programas de RMS, marco regulatório, acervo bibliográfico e fórum, como apresentado no Quadro 5.

Quadro 5 – Mapa do Site.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Pretende-se manter um processo contínuo de alimentação de conteúdos para o *site*, bem como a divulgação deste produto educacional entre os participantes da pesquisa, em fóruns *online* sobre o tema, em redes sociais e em eventos promovidos pelas instituições envolvidas. Além disso, a autora buscará formas de aproximação com a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

para a divulgação do *site* no repositório nacional, disponibilizando, assim, acesso aos preceptores.

As telas do *site* foram apresentadas no Apêndice H.

5.6 Aspectos Éticos

Nesta pesquisa foram respeitadas todas as exigências éticas e científicas fundamentais, baseadas nas orientações e disposições da Resolução CNS/MS nº 466/2012 (BRASIL, 2012c), acerca das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Inicialmente, o estudo recebeu autorização para o procedimento de coleta de dados do médico chefe da UTI Central da ISCMPA e da coordenadora da RIS/GHC, através da assinatura do Termo de Anuência do Responsável.

Posteriormente, o projeto precursor deste estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil, trazendo o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFCSPA como instituição proponente e os CEPs da ISCMPA e do GHC como instituições coparticipantes, recebendo o aceite das instituições para a sua realização.

Inicialmente, em 17 de abril de 2015, obteve-se o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 43621715.8.0000.5345 no CEP da UFCSPA (Anexo A) e, em 11 de maio, o CAAE nº 42621715.8.3002.5335 no CEP da ISCMPA (Anexo B), ambos aprovados em primeira versão. Na ocasião, houve a negativa para o projeto por parte do CEP do GHC, visto o mesmo ter exigido uma modificação no TCLE, a qual não poderia ser realizada por tratar-se de instituição coparticipante.

Sendo assim, a alteração solicitada foi atendida e cadastrou-se o projeto mais uma vez na Plataforma Brasil, desta vez sendo apresentado apenas ao CEP do GHC. E, em 8 de julho, o aceite foi proferido em segunda versão, com CAAE nº 46549515.9.0000.5530 (Anexo C). Somente após a aprovação pelos referidos comitês de ética é que se iniciou a coleta de dados desta pesquisa.

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices D e G) foram previstos e apresentados em cada uma das fases da coleta de dados, a primeira de forma *online* e a segunda presencial. Na fase presencial, o participante recebeu orientação verbal a respeito da pesquisa e uma via do TCLE. Nele, os objetivos e a metodologia foram apresentados de forma clara, em linguagem acessível,

informando aos participantes o seu direito de participar de maneira livre e sem coerção.

Estes tiveram garantidos o anonimato e o sigilo de suas informações. Além disso, a liberdade de participação espontânea e o direito de desistência em qualquer momento do estudo foram preservados e explicitados.

A participação não representou qualquer risco de ordem física ou psicológica para os sujeitos, da mesma forma que não trouxe nenhum benefício direto, custo ou recompensa financeira aos pesquisadores.

Nenhum valor financeiro foi destinado para a execução desta pesquisa, não houve gastos e não foram previstos ressarcimentos ou indenizações.

Os pesquisadores comprometem-se com a segurança e guarda do *corpus* da pesquisa durante os 5 anos subsequentes, sendo os mesmos destruídos após este período.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na apresentação dos resultados convencionou-se expor primeiramente os dados referentes à unidade-caso A seguidos da unidade-caso B, conforme ordem apresentada nas tabelas. Em relação ao perfil dos sujeitos da primeira fase do estudo, evidenciou-se que as mulheres foram preponderantes. Quanto à idade, observou-se similaridade entre instituições A e B, respectivamente: de 29 a 44 anos, 50% (n=5) tinham 29/30 anos, com uma média de 34,5 anos; e de 28 a 54 anos, 66,7% (n=14) tinham entre 30 e 36 anos, com média de 35,2 anos. O perfil completo é apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil dos sujeitos preceptores da amostra por unidade-caso.

Características	Unidade-caso A		Unidade-caso B	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	08	80	18	85,7
Masculino	02	20	03	14,3
Idade (anos)				
25 – 29	02	20	01	4,8
30 – 39	05	50	17	80,9
40 – 49	03	03	02	9,5
>50	-	-	01	4,8
Profissão				
Enfermeiro (a)	04	40	09	42,8
Farmacêutico (a)	01	10	01	4,8
Fisioterapeuta	03	30	02	9,5
Fonoaudiólogo (a)	01	10	01	4,8
Nutricionista	01	10	05	23,8
Psicólogo (a)	-	-	03	14,3
Ano de conclusão das graduações				
1988 – 1999	02	20	02	9,5
2000 – 2004	03	30	06	28,6
2005 – 2009	05	50	06	28,6
2010 – 2015	-	-	07	33,3
Pós-graduações concluídas				
Sim	09	90	19	90,5
Não	01	10	02	9,5
Tempo de vínculo com a Instituição (anos)				
0 – 4	05	50	09	42,8
5 – 9	03	30	06	28,6
10 – 14	02	20	04	19,0
15 – 19	-	-	01	4,8
> 20	-	-	01	4,8
Setor de vinculação				
UTI adulto	06	60	16	76,2
UTI pediátrica	-	-	04	19,0
UTI neonatal	01	10	01	4,8
Emergência	03	30	-	-
Carga horária contratual (horas semanais)				
30	03	30	07	33,3
36	07	70	05	23,8
40	-	-	02	9,6
44	-	-	07	33,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Verifica-se que os enfermeiros foram predominantes, o que pode ter relação com o número absoluto de vagas para residentes nos programas, onde este núcleo apresenta-se em maior número quando comparado aos demais.

A configuração dos núcleos profissionais abrangidos pelos programas foi diferente entre as unidades-caso, visto uma não contemplar a psicologia, mas possuir o núcleo de serviço social, contudo, na ocasião da pesquisa esta preceptoria estava em fase de substituição.

Quanto ao ano em que os preceptores concluíram suas graduações, variou entre 1995 e 2009 na A e entre 1988 e 2012 na B, sendo a partir de 2001 para 80% (n=8) e 85,7% (n=18). Relaciona-se estes dados às novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação em saúde, aprovadas na grande maioria entre 2001 e 2002, instituindo um padrão geral de orientação na elaboração dos currículos e dos PPPs adotados pelas IES (PEREIRA, 2013). No passado, a formação de grande parte dos profissionais da saúde teve abordagem biologicista, hospitalocêntrica, centrada em conteúdos, compartimentalizada, priorizando as especialidades, cujo modelo de avaliação privilegiava o acúmulo de informações técnicas padronizadas (SANTOS, 2010; PEREIRA, 2013). Desafiando estas formas tradicionais de ensino-aprendizagem, as novas DCNs buscam o aprender a aprender por parte do educando, com formações baseadas em metodologias ativas de ensino, inserção precoce do aluno nos cenários de prática no SUS, com avaliações formativas e não apenas somativas, tendo o aluno como sujeito da aprendizagem e o professor como um facilitador deste processo de ensino-aprendizagem (HADDAD, 2008; BATISTA, 2012a; BATISTA, 2012b). Em sua essência, visam à formação de profissionais-cidadãos crítico-reflexivos, engajados na produção de cuidados em resposta às demandas sociais em consonância com os princípios do SUS, dimensão essencial do trabalho em saúde (CECCIM, 2004; HADDAD, 2008; SANTOS, 2010), em semelhança ao proposto na RMS. Constatou-se um alto percentual de preceptores formados por currículos após publicação das DCNs, na A 50% (n=5) dos preceptores concluíram suas graduações entre 2006 e 2009 e na B, 61,9% (n=13) entre 2006 e 2012. Provavelmente, aqueles formados entre 2001 e 2005 permaneceram vinculados aos currículos anteriores à reforma das DCNs.

Quanto à educação continuada, percebe-se que a totalidade da amostra possuía ou estava concluindo pós-graduações. Na unidade-caso A, 90% (n=9)

possuíam: especialização, 22,2% (n=2); 33,3% (n=3) foram residentes do próprio programa onde na ocasião eram preceptores; mestrado, 22,2% (n=2); especialização e mestrado, 11,1% (n=1); e especialização, mestrado e doutorado concluídos, 11,1% (n=1). O sujeito que não possuía pós-graduação estava finalizando uma especialização em terapia intensiva e tinha licenciatura em sua área de formação. Ainda, outro formado na RMS realizava especialização em práticas pedagógicas em serviços de saúde. Na unidade-caso B, 90,5% (n=19) possuíam: especialização, 84,2% (n=16); especialização e mestrado, 10,5% (n=2); e mestrado, 5,3% (n=1). Os dois sujeitos que não possuíam pós-graduações estavam cursando especialização e mestrado, respectivamente. Ainda, outros três complementavam suas formações com especialização, mestrado e doutorado em andamento. Desta forma, constata-se que em ambas as instituições os preceptores possuíam formação mínima de especialista, como exigido pela legislação vigente (BRASIL, 2012b).

O tempo vinculado às instituições investigadas variou: na unidade-caso A de 3 a 11 anos, onde 50% (n=5) tinham apenas três anos de contrato, e isto pode ter relação com o fato de os profissionais mais antigos estarem prioritariamente vinculados ao turno da noite, incompatível com as atividades da RMS. Todos eram contemporâneos da RMS que iniciou as atividades na instituição em 2004, trazendo em seus contratos de trabalho funções de caráter educativo. Na unidade-caso B variou de 2 meses a 22 anos, onde 66,7% (n=14) tinham entre 2 e 7 anos de contratação, alguns contemporâneos da RMS iniciada na instituição em 2012.

Na A 60% (n=6) trabalhavam em UTI para adultos, uma em clínica-cirúrgica e outra de trauma e neurocirúrgica; 30% (n=3) em emergências, com características semelhantes às UTIs supracitadas, com carga horária contratual de 36 horas semanais para 70% (n=7) deles. Na B 76,2% (n=16) vinculavam-se à UTI adulto, com as especialidades: pneumologia, oncologia, cardiologia, transplantes e UTI geral, com as mais diversas cargas horárias contratuais, conforme observado na Tabela 1.

A Tabela 2 apresenta características do processo de preceptoría.

Tabela 2 – Características do processo de preceptoría por unidade-caso.

Características	Unidade-caso A		Unidade-caso B	
	n	%	n	%
Tempo de preceptoría (anos) 0 – 2	06	60	16	76,2

3 – 5	03	30	05	23,8
6 – 8	01	10	-	-
Carga horária semanal específica para preceptoria				
Sim	01	10	03	14,3
Não	09	90	18	85,7
Bolsa-incentivo ou função gratificada (FG)				
Sim	10	100	-	-
Não	-	-	21	100
Primeira experiência de ensino na área da saúde				
Sim	04	40	05	23,8
Não	06	60	16	76,2
Outra experiência de preceptoria				
Sim	-	-	04	19,0
Não	10	100	17	81,0
Participação em programa federal de reorientação da formação dos profissionais da saúde				
Sim	01	10	03	14,3
Não	09	90	18	85,7
Formação pedagógica progressa				
Sim	05	50	03	14,3
Não	05	50	18	85,7
Sente necessidade da realização de cursos de formação ou atualização para preceptores				
Sim	10	100	19	90,5
Não	-	-	02	9,5
Modalidade de curso mais adequado à sua rotina				
Presencial	04	40	07	33,3
Semipresencial	03	30	03	14,3
À distância	01	10	05	23,8
Presencial ou semipresencial	02	20	04	19,0
Semipresencial ou à distância	-	-	01	4,8
Qualquer uma das três modalidades	-	-	01	4,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

O tempo médio de preceptoria foi semelhante entre as instituições. Quando indagados sobre carga horária semanal específica contratual para preceptoria, a maioria respondeu não possuir. Na A uma nutricionista relatou ter 3 h/semana exclusivas para ações com os residentes e na B três psicólogas informaram ter 2 h/semana específicas para a RMS.

Outra divergência entre unidades-caso diz respeito ao recebimento de bolsa incentivo para as atividades de preceptoria. Na A os profissionais que exercem formalmente a preceptoria recebem uma gratificação no valor equivalente ao padrão 5 da tabela de Funções Gratificadas da instituição, por se responsabilizarem regularmente por afazeres relacionados ao processo de ensino-aprendizagem e pesquisa dos residentes (FAJARDO, 2010). Nesta, os preceptores responsabilizam-se não somente pelas atividades práticas desenvolvidas em campo, mas, também, por grande parte das atividades teóricas e teórico-práticas, funções que no outro programa ficam a cargo dos tutores e docentes (BRASIL, 2012b).

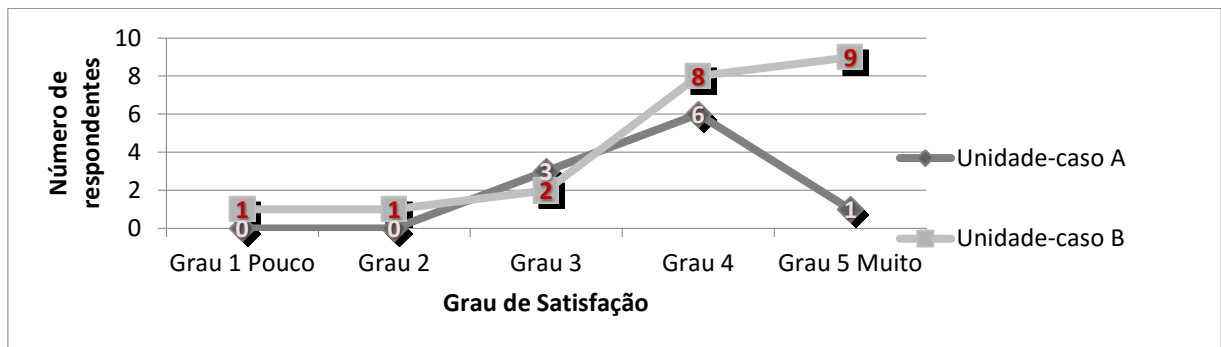
Chama a atenção que a RMS não foi a primeira experiência de ensino na área da saúde para um número elevado de preceptores em ambas as unidades estudadas. Aulas teóricas e práticas para cursos de extensão universitária e

técnicos, graduações e pós-graduações foram citadas. Entretanto, no que diz respeito à prática da preceptoria, a maioria não tinha experiência progressa nesta função.

Para que o cenário da saúde seja modificado é fundamental a formação de novos perfis profissionais (SANTOS, 2010), alinhados aos novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde (CECCIM, 2004). Ao longo do tempo, várias estratégias e políticas têm sido desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (MS) visando à adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de acordo com as necessidades da população, objetivando o desenvolvimento do SUS (HADDAD, 2008). Referente a estas estratégias e políticas, apenas quatro sujeitos participaram de programas federais de reorientação da formação dos profissionais da saúde e apenas o VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do SUS) foi mencionado.

Quanto à formação pedagógica progressa, nota-se uma diferenciação entre os programas de RMS. Na A 50% (n=5) dos preceptores tinham formações no ensino, sendo elas: especialização em práticas pedagógicas nos serviços de saúde, licenciatura em enfermagem, formação docente, curso de metodologias ativas, curso para orientadores de trabalho de conclusão de residência (TCR) e dois semestres de pedagogia. No entanto, quando indagados a respeito da necessidade de realização de cursos ou atualizações para preceptores, todos confirmaram a necessidade. Na B 14,3% (n=3) realizaram, citando iniciação à docência no mestrado e especialização e 90,5% (n=19) acharam necessária a realização de formação para preceptoria. Houve quase unanimidade da escolha entre as modalidades presencial e semipresencial para realização destas atividades.

Quando questionados sobre o grau de satisfação em desempenhar as atividades de preceptoria junto aos residentes (na escala, 1 equivalia a pouco e 5 a muito satisfeito), observa-se no Gráfico 1 um elevado nível de satisfação em ambos os programas. Na A com média de 3,8 e desvio padrão (DP) amostral de $\pm 0,63$ e na B, média de 4,10 com DP de $\pm 1,09$. A maioria mostrou-se satisfeita em sua atuação, atribuindo aos seguintes fatores a não total realização: falta de orientação aos preceptores, falta de tempo para as atividades de preceptoria, sobrecarga de trabalho, falta de preparo pedagógico, pouca valorização por parte da instituição, modelo institucional fragmentado na organização ensino/assistência, restrito número de dias de liberação para eventos científicos e falta de atrativo financeiro para a atividade.

Gráfico 1 – Grau de satisfação na prática da preceptoría por unidade-caso.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Na terceira parte do questionário, aplicou-se uma escala do tipo Likert, apresentada na Tabela 3. Nesta os respondentes foram estimulados a escolher níveis de opinião para cada uma das afirmativas, variando de um a cinco níveis, onde: (1) discordo totalmente; (2) discordo parcialmente; (3) nem concordo, nem discordo; (4) concordo parcialmente; e (5) concordo totalmente.

Tabela 3 – Afirmativas acerca da preceptoría e seus respectivos percentuais de concordância (PC), médias, medianas e desvios padrão (DP) amostral por unidade-caso.

Afirmativas	Unidade-caso A				Unidade-caso B			
	PC	Média	Mediana	DP	PC	Média	Mediana	DP
01 - Durante minha graduação foram trabalhadas questões pedagógicas, como modelos educacionais, metodologias ativas, métodos avaliativos, etc.	10%	1,6	1	±0,97	23,81%	2,38	2	±1,36
02 - Sinto-me suficientemente preparado com conhecimentos pertinentes a minha área de atuação (UTI, Emergência, etc.).	90%	4,5	5	±0,97	71,43%	3,76	4	±1,37
03 - Tenho conhecimento sobre processos de avaliação da aprendizagem (ex. avaliação por competências).	80%	3,7	4	±1,06	57,14%	3,29	4	±1,23
04 - Tenho conhecimento sobre técnicas de ensino no contexto prático.	60%	3,2	4	±1,32	61,90%	3,43	4	±1,25
05 - Consigo realizar, junto ao residente, a problematização dos conhecimentos científicos na prática.	100%	4,6	5	±0,52	85,71%	3,95	4	±1,32
06 - Considero importante, para minha atuação, realizar um curso sobre fundamentação pedagógica voltada para a prática da preceptoría.	100%	4,8	5	±0,42	95,24%	4,67	5	±0,73
07 - A concomitância das atividades de ensino e de assistência é um fator de dificuldade para mim.	70%	3,5	4	±1,58	57,14%	3,14	4	±1,28

08 - Conheço a Proposta Pedagógica do curso no qual o residente está vinculado.	90%	4,1	4	±1,20	61,90%	3,67	4	±1,39
09 - É possível conciliar minhas atividades (assistenciais, gerenciais, etc.) com a preceptoria.	50%	3,0	3,5	±1,15	61,90%	3,33	4	±1,39
10 - Tenho uma boa relação com os residentes.	100%	4,9	5	±0,32	100%	4,95	5	±0,22
11 - Tenho conhecimento sobre metodologias de pesquisa.	80%	3,7	4	±1,25	80,95%	3,90	4	±1,30
12 - Sinto-me seguro para desempenhar minhas atribuições como preceptor.	90%	4,3	4	±0,67	90,48%	4,19	4	±1,03
13 - Conheço as responsabilidades/atribuições que tenho como preceptor.	100%	4,7	5	±0,48	80,95%	3,90	4	±1,30
14 - Estou envolvido nas estratégias educacionais teóricas e/ou teórico-práticas desenvolvidas no programa de Residência no qual estou vinculado.	70%	3,6	4	±1,26	66,67%	3,52	4	±1,36
15 - Sinto-me apto a ser orientador (caso minha titulação seja de mestre) ou coorientador em um trabalho de conclusão de residência (TCR).	70%	3,6	4	±1,51	47,62%	3,43	3	±1,40

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

De modo geral, observou-se consonância entre as opiniões dos preceptores entre as unidades-caso. As medianas oscilaram quase que exclusivamente entre os escores 4 (concordo parcialmente) e 5 (concordo totalmente). O DP amostral variou de $\pm 0,22$ a $\pm 1,58$, indicando pouca dispersão dos dados.

Apenas a assertiva que tratava das questões pedagógicas trabalhadas durante as graduações (nº1) apresentou um baixo nível de concordância. Seis afirmativas tiveram elevado percentual de consonância entre os respondentes: problematização dos conhecimentos científicos na prática (nº5); a necessidade de realização de formações sobre fundamentação pedagógica voltada para a prática da preceptoria (nº6); o bom relacionamento com os residentes (nº10); conhecimento sobre metodologias de pesquisa (nº11); a segurança no desempenho de suas atribuições (nº12); e o reconhecimento das responsabilidades como preceptor (nº13).

Houve variação dos níveis de assentimento entre as unidades-caso em quatro assertivas: domínio dos conhecimentos específicos de suas áreas de atuação (nº2); entendimentos sobre o processo de avaliação da aprendizagem (nº3); conhecimento dos preceptores acerca do PPP dos programas (nº8); e competência para orientar ou coorientar TCR (nº15).

Nas quatro assertivas restantes, não houve unanimidade entre os sujeitos, fazendo com que as médias oscilassem em torno do escore 3: entendimento de

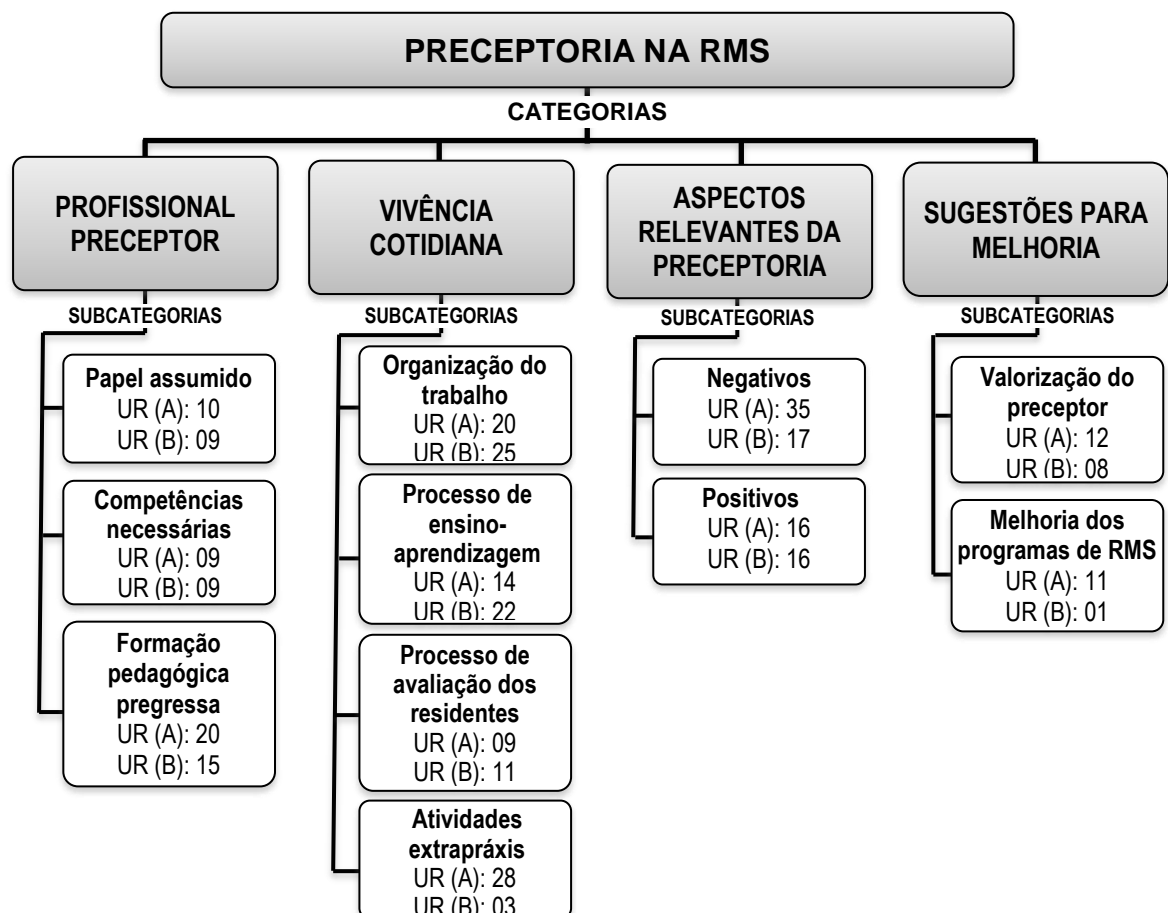
técnicas de ensino no contexto prático (nº4); dificuldades na concomitância de atividades de ensino e de assistência (nº7); conciliação das atividades (assistenciais/gerenciais) com a preceptoria (nº9); envolvimento nas atividades teóricas e/ou teórico-práticas desenvolvidas na RMS (nº14).

O questionário da primeira etapa foi complementado com questões abertas que, ao lado dos dados quantitativos, serviram de base para a finalização do roteiro das entrevistas realizadas na segunda e principal etapa de coleta de dados.

Foram entrevistados 14 preceptores, sete em cada uma das instituições. Na A entrevistaram-se: nutricionista; farmacêutica; fonoaudióloga; fisioterapeuta; e três enfermeiros. Na B: psicóloga; nutricionista; farmacêutica; fonoaudióloga; fisioterapeuta; e dois enfermeiros.

A categorização, resultante das entrevistas, ocorreu de acordo com semelhanças semânticas resultando em quatro categorias e 11 subcategorias, com suas unidades de registro quantificadas, como representado na Figura 5.

Figura 5 – Tema, categorias, subcategorias e unidades de registro (UR) por subcategoria e unidade-caso.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Categoria 1 – Profissional preceptor

Subcategoria: Papel assumido

O papel do preceptor em uma RMS é descrito como “*supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa*” (BRASIL, 2012b, p. 25).

Nesta subcategoria encontrou-se similaridade nas falas dos entrevistados, dentre as unidades-caso, evidenciando-se consonância entre tais relatos e as funções deste profissional, atribuídas pela legislação vigente (BRASIL, 2012b):

- I. [...] **orientador** de referência [...] das atividades práticas [...];
- II. **Orientar e acompanhar** [...] atividades teórico-práticas e práticas [...];
- III. **Elaborar** [...] as escalas de plantões e de férias [...];
- IV. **Facilitar** a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas [...];
- V. **Participar** [...] das atividades de pesquisa [...];
- VI. **Identificar** dificuldades e problemas de qualificação [...];
- VIII. Participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão;
- IX. Proceder [...] a formalização do processo avaliativo do residente [...];
- X. Participar da avaliação da implementação do PPP [...];
- VI. **Orientar e avaliar** os trabalhos de conclusão [...] [grifos nossos] (BRASIL, 2012b, p. 25).

Os papéis levantados entre os preceptores vêm ao encontro dos descritos na teoria. As funções de direcionar/guiar, acolher, aliar teoria à prática, facilitar a integração, orientar e educar foram as mais preponderantes, como observado nas falas:

[...] a gente está ali para **guiar**, os residentes [...] que recém saíram da faculdade e a maioria nunca teve experiência em hospital, daí eu vejo que o preceptor tem que estar ali junto [...] para guiar nesse processo de transição, que é difícil, porque na faculdade essas coisas são muito diferentes da prática (E3B).

[...] o papel principal é **acolher** os residentes, fazer com que eles tenham um maior número de atuações e conhecimento dentro de cada campo (E4A).

É um papel tanto de instruir a parte técnica e teórica, poder fazer com que o residente traga esses aspectos **teóricos** para a **prática** e conseguir relacionar (E2A).

Ser um instigador do residente, conseguir estimular o residente a ir **buscar** o seu **conhecimento** e também qualificar a sua vida profissional, acho que isso é fundamental, porque daqui para frente eles têm que continuar estudando [...] (E7A).

Integração eu acho que a parte mais difícil das profissões, é quando está passando a fisioterapia, a nutrição, farmácia, a gente ter o conhecimento daqueles residentes e tentar integrar, fazer com que as aulas sejam mais num formato multiprofissional (E4A).

[...] é **orientador**, é **educador** junto, é de certa forma, um exemplo profissional, porque a gente acaba sendo um exemplo, uma referência do núcleo da profissão que tu exerce para aquelas pessoas que estão passando por aquele modelo de formação [...] é um professor e, acima de tudo, um exemplo (E1A).

O preceptor, como membro do corpo docente assistencial da RMS, faz a interação entre os saberes, dialogando com o saber científico nas situações vividas no campo das práticas. Portanto, transforma o conhecimento em agir, através de habilidades e atitudes, concretizando a educação em serviço (GARCIA, 2001).

Subcategoria: Competências necessárias

Usualmente, a palavra “competência” é utilizada para designar a qualificação de uma pessoa para realizar algo. No campo científico, é tratada como a capacidade de articulação e mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes, visando à resolução de problemas ou objetivando lidar com situações no cotidiano do trabalho (RODRIGUES, 2012).

Ao serem questionados sobre este aspecto, houve consonância entre os participantes das unidades-caso e três competências para preceptoria foram predominantes. O conhecimento prático, através da experiência/vivência naquela área de atuação; conhecimento teórico, aspectos técnicos do núcleo de saberes da profissão; e conhecimento pedagógico, o saber ensinar.

Acho que ele deve ter a vivência **prática** da área em que vai ser preceptor [...] (E6A).

Seria a parte **teórica**, a parte do embasamento do profissional que está preparado, que está estudando ou que já estudou, que tenha um embasamento, [...] também titulação, [...] qualificação profissional (E4B).

[...] tem que ter sim alguma habilidade com a questão da **educação**, da docência, porque de certa forma é um ensino em serviço, mas tu tens que ter uma habilidade para trabalhar com as questões de educação, ser um bom profissional do ponto de vista técnico não necessariamente te capacita a ser um bom preceptor [...], então a gente tem que ter alguma formação [...] para trabalhar com educação (E1A).

Ainda, competências na área de domínio dos valores profissionais foram evidenciadas, como a motivação profissional para ser preceptor e o ter paciência, compreensão, disponibilidade e abertura para com os residentes.

Subcategoria: Formação pedagógica pregressa

O preceptor, ao acompanhar diretamente o residente em suas práticas, acaba por conduzir, quase que plenamente, o processo de ensino-aprendizagem, transformando as atividades desenvolvidas no cotidiano do trabalho em momentos educacionais. Deverá oportunizar experiências de aprendizagem ao residente durante sua vivência no campo e, para tal, necessitará prover de conhecimentos que vão além dos saberes inerentes à sua profissão.

Nesta categoria houve variação entre os participantes, a única unanimidade diz respeito ao não recebimento de conteúdos de cunho educativo em suas graduações e à importância que a formação pedagógica tem/teria em sua prática de preceptoria, como observado:

[...] parte pedagógica que, na minha opinião, é muito falha em todos os **cursos da saúde** , então tem preceptores de vários núcleos profissionais e essas pessoas na graduação não tiveram uma oferta de [...] formação pedagógica (E2A).

[...] muito do meu processo de docência é facilitado [...] porque eu tenho **formação** para a área acadêmica, para a **docência** (E1A).

Seis entrevistados tiveram alguma formação pedagógica em pós-graduações, seja em disciplinas específicas, como iniciação a docência, seja em especialização sobre práticas pedagógicas e mestrado em ensino na saúde.

[...] durante o mestrado a gente tem algumas **disciplinas** voltadas para a prática docente [...] (E1A).

Duas preceptoras destacaram-se por também serem professoras universitárias e, por este motivo, realizarem formação docente.

[...] sou **professora** da graduação em uma universidade privada, então eu já tenho muito dessa formação docente [...] todo semestre [...] faço cursos e processos de capacitação (E1A).

Ainda, cinco informaram estar realizando cursos específicos, um oferecido pelo MEC através da Rede Universitária de Telemedicina, intitulado Programa de Apoio aos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (PAPRAPS), e outro pela unidade-caso A, com enfoque no processo de preceptoria na RMS.

[...] estou fazendo agora uma capacitação do [...] MEC, é ali na faculdade [...] videoconferência, todos os preceptores estão recebendo essas aulas (E4B).

Para quatro deles, o aprender a fazer de maneira empírica, na vivência prática, foi a principal forma de atividade educativa.

[...] tu vai aprendendo no teu dia-a-dia, eu vejo que desde o início eu já consegui mudar muitas coisas [...] mas é ruim aprender assim, com o tempo e com a experiência (E3B).

[...] não tive preparo, muitos dos colegas também não têm [...] tu acaba fazendo um pouco no erro e acerto, então às vezes tu vai indo por um lado e não sabe se está fazendo a coisa mais adequada para aquela pessoa (E4A).

Através do conhecimento pedagógico, o preceptor atuará como mediador no processo de ensino-aprendizagem, compartilhando com o residente o ensinar e aprender, através da troca de experiências e reflexões em cenários de atenção à saúde (RIBEIRO, 2011; RIBEIRO, 2013).

Categoria 2 – Vivência cotidiana

Subcategoria: Organização do Trabalho

Em relação à organização da rotina de práticas junto aos residentes, mais uma vez houve semelhança entre as falas dos preceptores, imergindo dois padrões principais. O primeiro e mais comum trata da interação diária com o residente no campo. Nele, preceptor e residente desenvolvem suas atividades lado a lado, dividem ou compartilham ações e discutem continuamente o processo no transcorrer dos acontecimentos.

[...] a gente chega, discute todos os casos, aí distribui os atendimentos (E1B).

[...] a gente vê quais os pacientes [...] vão ficar com elas [...], se tiverem necessidade ao longo da manhã, elas me chamam para discutir alguma coisa [...] e ao final do turno [...] passam todos os casos na beira do leito [...] tipo um mini round (E6A).

Neste padrão houve uma variação relacionada às emergências avaliadas, pois nem sempre o preceptor estará escalado¹ para os sítios funcionais onde se desenvolvem as práticas da RMS, como as salas de maior complexidade. Nessas situações, o preceptor contará com seus pares no sentido de darem suporte ao residente, constituindo-os assim em profissionais orientadores/apoiadores do programa.

[...] aqui na emergência somos quatro enfermeiros por turno e a gente faz um rodízio entre as áreas, [...] então a gente acaba tendo que se adequar,

¹ Profissional destinado a determinado sítio funcional da instituição de saúde mediante escala diária de trabalho.

pois se for pelo giro normal da escala ficaria uma vez por mês com o residente [...] (E2A).

O segundo padrão observado pode ser descrito como aquele preceptor que não está diretamente vinculado ao campo e que desenvolve preceptoria através de encontros semanais e sempre que houver necessidade, conforme solicitação dos residentes.

Eu tenho uma hora de supervisão por semana [...] onde ficamos juntas discutindo os casos, durante a semana tem outros momentos [...] uma hora/semana que é seminário clínico [...] entre o grupo da psicologia [...], tem uma reunião com a psiquiatria que a residente também vai, então basicamente é esse o contato que eu tenho, eu não fico junto com ela na UTI, eu acompanho um pouco mais à distância (E4B).

Ainda, os preceptores expressaram realizar a supervisão de forma mais intensiva nos momentos iniciais do residente no campo e, de acordo com o desenvolvimento de cada um e com o passar do tempo, irem deixando-os mais livres para desenvolverem sua própria autonomia.

[...] a turma que está entrando de R1 eu acompanho pelo menos por um mês, [...] vou me revezando porque são duas que eu recebo e depois então elas vão ficando mais independentes (E1B).

Quando elas começam [...] eu procuro fazer todas as coisas e elas irem acompanhando, só tirando dúvidas, depois a gente vai aumentando aos pouquinhos o número de pacientes até dividir a sala meio a meio (E4A).

Foram poucos os relatos de atividades integrativas entre residentes dos diferentes núcleos da RMS e residentes médicos, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuavam no campo de prática. Alguns participantes referiram contatos esporádicos objetivando a discussão de algum caso ou intervenção.

A nutri, a fisio, a psico a gente acaba trocando algumas experiências [...] questão de uma avaliação quando necessário, a gente tem sim um certo contato (E6B).

Todavia, as experiências de um *round* multidisciplinar e de atividades teórico-práticas integrativas foram relatadas por três preceptoras e se mostraram exitosas.

Tem alguns [...] preceptores da medicina, que por terem uma integração legal, a gente está conseguindo trazer, então tem algumas estratégias de melhorias da própria emergência [...] umas das coisas é o round [...], isso aproximou muito [...], as residentes médicas na sala, fisioterapia e a enfermagem (E4A).

[...] reunir as residentes uma vez por semana para discutir um assunto que fosse de interesse comum às três áreas, enfermagem, fisioterapia e nutrição (E6A).

Subcategoria: Processo de ensino-aprendizagem

Na prática, o preceptor é o profissional de referência para o residente, cabendo a ele o papel de orientação nos conhecimentos relativos ao campo e núcleo em sua área de atuação, bem como em relação às ações interdisciplinares.

Nesta subcategoria observou-se que os preceptores, em sua maioria, realizam supervisão permanente, problematizando as práticas no transcorrer dos acontecimentos, aliando a teoria às situações práticas proporcionadas no campo.

A supervisão acaba acontecendo em tempo real [...] **troca o tempo todo**, [...] se eu estou atendendo, eu vou lá faço revisão, eles vem até mim, questionam, os colegas também são bastante participativos e colaborativos como orientadores de campo, então não existe [...] divisão formal, agora é campo, agora é teoria [...], na prática isso acontece o tempo todo, quando tu olha um exame, discute um caso, participa de um atendimento para tecnicamente corrigir ou melhorar, ou até reafirmar uma técnica (E1A).

A vasta disponibilidade de informações e o acesso facilitado a elas terá pouca significação se não houver, em um primeiro momento, o refletir e identificar, na prática, os problemas cotidianos (BRASIL, 2009d). Com base nesta afirmativa, evidenciou-se que a maioria dos preceptores utilizavam estratégias semelhantes em suas práticas educativas, como: estudos de casos, discussão de artigos, seminários de estudos, *rounds* uni/multidisciplinares e a interação do residente com os demais integrantes da equipe e não somente com o preceptor.

[...] **discussões de caso** [...] traz os **artigos** em que são discutidos sobre determinadas patologias [...], uma vez por semana a gente instituiu [...] um **seminário** de discussão de temas gerais (E1B).

A discussão é com a **equipe** na UTI, médica, enfermagem, fono, fisio (E5B).

O que eu também acho que, para o residente, ficar com **outro profissional** que trabalha de outra forma, vai aprendendo outras coisas também (E2A).

Não reconhecer o ensino como intrínseco à sua prática pode levar o preceptor a não estabelecer uma relação pedagógica com o residente, reduzindo essa interação educativa à simples delegação de suas atividades cotidianas. Desta forma, através da problematização acerca da realidade, ele conduzirá o residente no processo de ação-reflexão para a reconstrução da sua prática diária. Nesse processo de troca, o preceptor também agrega conhecimentos, pois os indivíduos educam-se nas relações estabelecidas entre si e com o mundo.

Subcategoria: Processo de avaliação dos residentes

A legislação vigente normatiza que a avaliação do desempenho do residente “deverá ter caráter formativo e somativo, com utilização de instrumentos que contemplem os atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores estabelecidos pela Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da instituição” (BRASIL, 2014d, p. 34) determinando que a sistematização do processo avaliativo seja semestral (BRASIL, 2014d).

A avaliação formativa tem por funções orientar, apoiar, reforçar e corrigir as ações do educando. Logo, tem por finalidade proporcionar informações relativas ao progresso do ensino e aprendizagem do residente, para que o preceptor possa ajustá-lo ao longo do processo, visando ao desenvolvimento da atitude crítico-reflexiva do profissional em formação. A avaliação somativa é pontual, normalmente ocorrendo ao final de um período, determinando o alcance ou não dos objetivos pré-estabelecidos através de um balanço somatório, podendo ser cumulativa, quando o balanço final é obtido através de múltiplos balanços parciais (GIL, 2006).

As falas indicam a utilização de avaliações somativas e formativas em ambas as unidades-caso. A avaliação de desempenho somativa ocorre por intermédio de um instrumento estruturado, possibilitando a inclusão de parecer descritivo sobre o desempenho do residente, aplicado semestralmente na unidade-caso A e bimestralmente na B.

[...] ficha estruturada pelo COREMU [...] tem toda a questão da parte teórica, se a residente está buscando esse conhecimento teórico, da parte prática e algumas questões pessoais, se enquadra no objetivo, se cumpre essa questão de bom relacionamento com as pessoas, do bom atendimento com o paciente, se é uma pessoa que tem agilidade ou não [...], então tem vários tópicos que são abordados [...] divididos em quatro partes, [...] aonde a gente vai dar nota para cada um dos itens avaliados (E1B).

As avaliações formativas ocorrem de forma processual, ao longo do período de práticas de cada residente, onde são realizadas pactuações para a melhoria das ações dos educandos, muitas vezes sem um registro formal.

Avaliado sistematicamente [...], então que no primeiro mês se converse [...] se esse residente está apresentando muitas dificuldades [...], além de qualquer coisa que aconteça no dia-a-dia tem que ser chamado [...] naquele momento para ser conversado sobre o que está acontecendo, [...] na troca de campo [...] no final desses três meses, eu não tenho a obrigatoriedade de fazer um registro por escrito, mas eu tenho que dar um retorno para esse residente e fazer um plano de ação, nem que seja só oral (E2A).

A avaliação é [...] contínua, não é uma avaliação formal, existe um instrumento de registro da avaliação, mas avaliação ela é contínua e ela é

diária, a gente precisa avaliar não somente as habilidades técnicas, mas todo contexto de inserção do profissional naquele campo (E1A).

Subcategoria: Atividades extrapraxis

Esta subcategoria surgiu majoritariamente das falas dos preceptores da unidade-caso A, pois, além do envolvimento com as atividades práticas e teórico-práticas realizadas no campo, todos eram igualmente responsáveis pelas atividades teóricas desenvolvidas neste Programa.

Conforme as normativas vigentes, as estratégias educacionais teóricas são *“aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o Profissional da Saúde Residente conta, formalmente, com orientação do corpo docente assistencial e convidados”* (BRASIL, 2014d, p. 34).

O corpo docente assistencial é composto por preceptores, tutores e docentes³. Aos tutores compete *“a orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas”* (BRASIL, 2012b, p. 25). Os docentes, vinculados às instituições formadoras e executoras da RMS, *“são profissionais que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no PP”* (BRASIL, 2012b; p. 25). Sendo assim, estes atores teriam uma maior responsabilização pelas atividades teóricas, diferentemente do preceptor, que deve *“orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente”* (BRASIL, 2012b; p. 25). Esta característica provavelmente tenha relação com o fato de a unidade-caso A ser concomitantemente instituição formadora e executora da RMS.

A gente faz toda a organização, cronogramas, reserva de sala, [...] ministra as aulas, gerencia convidados quando consegue, então [...] todos os preceptores daqui é que fazem tudo (E1A).

As atividades de orientação ou coorientação dos TCRs também foram citadas como atividades extras, visto ocorrerem fora da carga horária contratual dos entrevistados.

O TCR acaba que estou em casa de noite, tenho que parar para ler, tem que ter o momento para discutir com as gurias, não pode ser no horário que elas estão na unidade, então tu acaba vendo depois (E3A).

Eu oriento [...] os TCR da nutrição [...] e eu acabo orientando também de outras ênfases que não a do paciente crítico (E6A).

Categoria 3 – Aspectos relevantes da preceptoria

Subcategoria: Negativos

Foram identificados quatro padrões mais comumente relatados: falta de carga horária específica; sobrecarga de trabalho; dissociação na organização ensino-assistência; e falta de informação/auxílio/contato com a instituição formadora.

A falta de carga horária específica para as atividades relacionadas à preceptoria, a consequente sobrecarga de trabalho (assistencial e de ensino) e a dissociação na organização ensino-assistência foram, por muitas vezes, descritas em associação.

[...] as coisas se confundem muito em termos de carga horária, porque eu faço a minha carga horária de assistência plena, normal, como qualquer colega que trabalha na UTI, só que também tenho a residência e [...] tenho as atividades teóricas, que obrigatoriamente estou fora da assistência, mas que eu não recebo nenhuma cobertura [...] ninguém vai estar no meu lugar na assistência enquanto eu estiver fora [...], acho que é uma dicotomia, uma separação muito grande, embora seja a mesma instituição [...], existem duas instituições diferentes dentro de uma só, a escola [...] que tem uma lógica, um modelo, e [...] assistência, hospital, internação, que não se comunicam, a escola entende que o preceptor tem que cumprir algumas atividades teóricas, [...], reuniões, atividades de formação, que a assistência não reconhece [...], porque se reconhecesse entenderia que se eu estou numa atividade para escola alguém deve estar me substituindo na assistência, então isso cria [...] um desconforto [...] para a maioria dos preceptores, [...] porque eu preciso pedir para a minha chefia um favor, que me libere para uma atividade, e não é isso, [...] falta entendimento de como as coisas se cruzam (E1A).

A maior de todas é a questão do horário, do tempo, [...] é um problema, eu sei que isso acontece em tudo que é lugar, mas aqui em geral a gente assume muita coisa e não deixa de fazer o que estava fazendo, então ou tu te sobrecarrega ou tu vai acabar gerando mais demanda para o teu colega (E3A).

A gente tenta se adequar da melhor maneira possível, dentro de uma carga de trabalho que é gigantesca, que é fora do normal (E6B).

É perceptível o acúmulo de funções demandadas aos profissionais preceptores. Todos se sentiam pressionados a manter suas atividades assistenciais, como os demais profissionais da unidade, e acabavam por somar à carga de trabalho, que é expressiva, atividades de preceptoria. Para conseguirem concluir seus afazeres, muitos foram os relatos de realização de horas além da jornada diária de trabalho.

A gente continua fazendo a mesma coisa, [...] faz plantão, tu faz todas as tuas atividades, dá os treinamentos, tu é cobrado igual, só que daí tu tem que conseguir se ajustar para ter tempo para elas, isso é o mais difícil, a

gente cansa, agora a gente está meio proibida, mas eu era rainha de: ah, faço todas as coisas com a residente, vou fazendo as minhas demandas e acabo ficando aqui horas depois do trabalho, para dar conta de tudo [...], por banco de horas [...], mas agora [...] há uma restrição, então a gente aprende a organizar o tempo (E3B).

Acho que agora eu consigo assumir que eu não consigo dar conta de tudo que eu tenho para fazer e aceitar mais isso, colocar os alunos às vezes no lugar do que seria assistência, então a gente tem que se desdobrar (E4B).

Ainda, a carência de informações a respeito da RMS, a falta de auxílio por parte dos tutores na unidade-caso A e o pouco apoio da instituição formadora foram tópicos comuns nas falas dos preceptores.

Na verdade eu acho que eles são meio que largados ali e a gente também meio que recebeu elas no susto sabe, nós vamos fazer residência agora [...], então não tem muita preparação, [...] não teve nada, não foi passado como seria a carga horária, o que a gente teria que acompanhar com elas (E7B).

Não existe tutor, esse espaço, esse posto, esse cargo não existe (E1A).

Até hoje não tem [...] apoio pedagógico (E2A).

Outros aspectos negativos foram apresentados, tais como: a falta de formação pedagógica dos preceptores; a dificuldade de aceitação da residência multiprofissional por parte dos demais profissionais, principalmente da categoria médica; a não remuneração para a atividade de orientação dos TCRs; a carência de espaço físico destinado às atividades teóricas e teórico-práticas na unidade-caso A; e a falta de interesse do profissional em desenvolver ações de preceptoria, assumindo esta função de forma impelida.

Subcategoria: Positivos

Neste quesito a constante atualização profissional e a busca por conhecimento foram comuns aos entrevistados.

[...] gosto muito de aliar ensino com assistência, então a preceptoria me deixa em contato mais direto com os residentes e aí essa questão do ensino, da troca, é uma coisa que se faz presente, [...] e eu acho que qualquer profissional que venha a assumir a preceptoria de uma residência acaba tendo como um ponto positivo o fato de que ele obrigatoriamente vai ter que ser um profissional mais atualizado, porque os residente estimulam isso no preceptor, no orientador de campo, porque normalmente eles são questionadores, argumentativos, eles leem bastante, querem se atualizar e a pessoa que ocupa essa função vai ter que acompanhar (E6A).

Outro ponto positivo diz respeito às equipes. Em algumas falas, os preceptores consideraram a residência como disparadora do processo de mudança nas equipes e na qualificação assistencial.

[...] são pessoas vindas de lugares diferentes, com experiência de vida e profissionais prévias diferentes, eu acho que isso motiva, isso fomenta o próprio serviço a melhorar, [...] esse processo de formação não acontece só para o residente, ele acaba motivando as pessoas que estão a volta, [...] então isso se difunde [...] não fica restrito a residência, isso acaba promovendo de certa forma a melhoria da qualidade da assistência, a capacitação dos próprios membros da equipe (E1A).

Nesse contexto, a inserção das Residências nos serviços pode ser estratégica na desestabilização das práticas cristalizadas (BRASIL, 2006b). A convivência dos trabalhadores com os residentes pode contribuir para a construção de novos conhecimentos, através da problematização de seus processos de trabalho nestes serviços (FERREIRA, 2007).

A gratificação e satisfação pessoal também estiveram frequentemente representadas nas falas dos entrevistados.

A satisfação pessoal [...], porque o residente te dá um retorno muito bom, [...] da importância que a gente tem para a formação deles, a questão da satisfação pessoal de estar formando profissionais para atender de maneira mais qualificada, de acordo com os princípios do SUS (E2A).

O modelo de ensino interdisciplinar, a oportunidade de envolver-se com pesquisa e os campos de práticas muito ricos em oportunidades de aprendizado foram elencados como pontos positivos dos programas.

Uma das coisas eu acho muito positiva [...] é a efetividade da experiência interdisciplinar, que eu acho que aqui realmente acontece, se a gente for olhar o currículo de qualquer universidade [...] vai estar escrito lá, formação ética, crítica, reflexiva, interdisciplinar [...], mas ninguém faz formação interdisciplinar, quem na graduação teve a experiência de ter alguma atividade junto com o enfermeiro, com nutricionista, com psicólogo, com assistente social, ninguém, a gente sabe que não acontece e isso na residência acontece (E1A).

Participar do TCR junto com elas é muito gratificante, [...] ver que tu podes ajudar, [...] ter um reconhecimento também, de ter sido escolhida para opinar, para ajudar, para orientar aquele trabalho (E4B).

A parte prática é muito rica, [...] é um campo muito rico de atuação e de aprendizado prático (E6A).

Na unidade-caso A, a função gratificada recebida pelos preceptores foi considerada um fator favorável que pode vir a contribuir para o interesse dos demais profissionais nesta atividade. Na unidade-caso B, o relacionamento próximo entre preceptores e docentes da universidade também foi lembrado como um diferencial.

Categoria 4 – Sugestões para melhoria

Subcategoria: Valorização do preceptor

As falas dos entrevistados direcionaram a três principais sugestões de melhoria: carga horária direcionada, incentivo financeiro e formação para preceptores.

Por mais que a função primordial do preceptor seja a supervisão direta dos residentes no decorrer das atividades práticas (BRASIL, 2012b), muitos foram os relatos de sobrecarga de atividades e da necessidade de acréscimos de horas em suas jornadas de trabalho. A orientação de pesquisa, reuniões e encontros da RMS, organização e desenvolvimento de atividades teóricas e teórico-práticas acabam acontecendo no contraturno e, quando ocorriam dentro do horário contratual do preceptor, o mesmo acabava se ausentando de suas funções assistenciais, pois não ocorria a cobertura de suas atividades por outro profissional do setor. Portanto, foi sugerida a criação de uma carga horária semanal específica para atividades que envolvam a RMS, com a devida liberação da carga de trabalho.

Se a gente conseguisse ter um tempo na nossa carga horária reservada para preceptoria talvez fosse mais fácil, e também talvez mais gente quisesse ser preceptora, porque isso é bem problemático, como tu tem que dividir teu tempo, pouca gente quer, eu acho se o hospital conseguisse [...] o preceptor vai descontar da carga horária ou alguma coisa assim sabe, ou diminuir alguma tarefa, [...] ia melhorar bastante, ia ter bem mais gente querendo ser preceptor (E3B).

Se tivesse um tempo destinado, um período, eu acho que duas horas por semana, nossa seriam muito boas já, seriam suficientes talvez, [...], se eu saísse da unidade não parecendo que eu estou fugida (E3A).

O incentivo financeiro também foi levantado em ambos os programas, na A com a melhoria do FG e na B com a criação de uma bolsa incentivo.

[...] para valorizar mais o preceptor a questão financeira também seria importante, pela nossa dedicação, a partir do momento que tu atua como preceptor, que tu te dedica [...] tu quer ter algo que te beneficie [...] e a parte financeira, a gente não pode ser hipócrita, também é importante (E7A).

[...] realmente acredito que ajudaria a valorizar seria uma bolsa, acho que o lado financeiro nesse momento é uma das coisas que ajudaria a motivar, [...] as minhas colegas questionam [...] que dá mais trabalho, talvez uma bolsa pudesse amenizar essa angustia (E4B).

Por mais que as unidades-caso estivessem ofertando cursos na área, a formação para preceptores com enfoque, principalmente, na fundamentação

pedagógica voltada para a prática da preceptoria e nas questões organizacionais da RMS foi proposta pelos entrevistados.

[...] a gente poderia ter um curso dessa coisa assim mais pedagógica (E4B).

Eu acho que poderia ser feito alguns cursos ou algumas coisas [...] de orientação para o preceptor (E3B).

[...] já que é uma instituição escola, talvez eles tenham condições de auxiliar nessa parte de capacitação para o ensino (E5A).

Mais duas sugestões para a valorização do preceptor foram lembradas em menor número. A primeira trata da inclusão de aspectos acerca da preceptoria na avaliação individual de desempenho do empregado, pois muitas são as funções apropriadas por estes profissionais preceptores que não recebem a devida visibilidade em suas avaliações de desempenho.

É a questão de tu poder valorizar essa tua assistência, então às vezes tu vai fazer uma avaliação, por exemplo, bom mas tu não faz tais coisas pelo serviço, mas tu faz um monte de outras coisas que não contam na tua avaliação funcional (E2A).

Além disso, o reconhecimento e valorização da equipe, no sentido de que os colegas entendam a RMS e as funções/responsabilidades que o profissional tem como preceptor.

Dar um norte para os colegas, tanto para os técnicos, enfermeiros e outras profissões que transitam, de que é hospital escola e recebe essas pessoas, então eu acho que uma das coisas que a gente teria que fazer seria tipo uma palestra de iniciação para funcionários, até para sentir, dizer qual é a função, qual é o papel, o que eles podem fazer, o que eles não podem (E4A).

Acho que se tivesse esse suporte, esse reconhecimento, se a equipe entendesse melhor, que quando eu estou envolvida com a residência isso tem um outro lado também, isso traz ganhos, porque parece que, de novo vai sair em atividades para a residência [...], a gente está sempre remando (E3A).

Subcategoria: Melhoria dos programas de RMS

Nesta houve pouco consenso entre os participantes e apenas o apoio pedagógico e a liberação de carga de trabalho foram comuns à maioria dos entrevistados. O apoio pedagógico aos preceptores, por parte da instituição formadora da residência, foi sugerido por alguns dos entrevistados, por acreditarem que através dele poderiam melhorar seu papel educativo como formador em serviço.

Vir a parte pedagógica nos auxiliar nesse contexto de avaliação, de abordagem dos residentes, eu acho que teria que ter algumas coisas mais teóricas em cima disso (E4A).

[...] teria que ter um núcleo, [...] a questão do apoiador pedagógico [...] e a posição da nossa ênfase foi de que a gente precisava de um núcleo pedagógico constante (E2A).

Outro ponto diz respeito à necessidade de uma melhor organização entre instituições formadora e executora da RMS, com a liberação de carga de trabalho assistencial dos preceptores e reposição destes profissionais nos setores a que estão vinculados.

[...] e quando a gente sair, poder dar suporte para quem fica também (E2A).

Ter uma carga horária direcionada para isso com cobertura do papel que essa pessoa faz na assistência, [...] nesse sentido seria importante o preceptor ter uma carga horária para a preceptoria que realmente funcionasse (E6A).

A remuneração para a orientação dos TCRs também foi lembrada, por ser uma atividade que exige muita dedicação e disponibilidade para com os residentes.

[...] também precisava melhorar eram as orientações dos trabalhos de conclusão da residência, eu entendo que orientação de TCR é produção intelectual e ela precisa ser remunerada (E1A).

Ainda foram levantados: necessidade de espaço físico para as atividades teóricas na unidade-caso A; maior disponibilização de informações aos preceptores acerca do processo de ensino desenvolvido na RMS; ampliação do número de preceptores; e o maior envolvimento da escola da unidade-caso A nas aulas teóricas de ênfase e núcleo realizadas neste programa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu desvelar as vivências dos preceptores de dois programas de RMS na atenção ao paciente crítico, apreendendo parte da essência de como a preceptoria se mostra em seus cotidianos, evidenciando que o profissional da saúde preceptor assume inúmeras atividades e funções em seu dia a dia de trabalho.

Verificou-se consonância entre o processo de preceptoria em cada uma das unidades-caso avaliadas, na quase totalidade das variáveis pesquisadas, exceto: na configuração dos núcleos profissionais dos programas; na diferenciação dos campos de práticas, com a inclusão dos setores de urgência e emergência; na vinculação profissional dos preceptores, que na unidade-caso B vinculam-se à instituição executora da RMS e, na A, configura-se como uma única instituição; quanto ao recebimento de bolsa incentivo em uma das unidades-caso; nas variadas formações pedagógicas pregressas dos participantes; e no envolvimento dos preceptores da unidade-caso A com as atividades teóricas, sem o devido apoio de tutores.

Por tratar-se de um mestrado profissional, o trabalho final do curso vinculou-se a problemas reais da área de atuação da mestranda. O produto educacional decorrente, formatado sob a forma de um *site*, poderá servir de arcabouço teórico com conteúdos relevantes à prática da preceptoria, propiciando aos preceptores uma maior apropriação de saberes para o ensino e para o aprimoramento do papel de educador no âmbito do trabalho, de forma a ser útil para eles próprios e para o coletivo que atua no ensino na saúde. Sendo assim, configura-se em ferramenta útil, dinâmica, atualizada e de fácil acesso aos preceptores, mantendo-os atualizados quanto a dúvidas cotidianas, legislação específica e atualidades sobre as RMS.

Por meio de relações pessoais e profissionais, o preceptor estabelece contato diário com as atividades práticas e teórico-práticas desenvolvidas pelo profissional em formação, perpassadas no convívio cotidiano entre tais atores em âmbito hospitalar. Portanto, pode-se dizer que o papel da preceptoria no processo de ensino-aprendizagem dos residentes se faz predominante, quando comparado aos demais partícipes do corpo docente assistencial.

REFERÊNCIAS

AUTONOMO, Francine Ramos de Oliveira Moura. **A preceptoría em saúde a partir das publicações brasileiras**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, Nildo Alves. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. 2012a. **Caderno FNEPAS**, v. 2, p. 25-28, Jan. 2012. Disponível em: <http://www.sbfa.org.br/fnepas/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.

BATISTA, Nildo Alves et al. **Ensino em ciências da saúde, planejamento e currículo**. 2012b. São Paulo: UNIFESP, 2012. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/cadernos_mpnorte/caderno_mpn02.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.2, n.2, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 out. 1988, nº 191.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. 2012a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/residencia_multiprofissional.php>. Acesso em: 24 abr. 2016.

_____. Grupo Hospitalar Conceição. **Projeto da RIS/GHC, 2009**. 2009a. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/docsris/risprojeto.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

_____. Grupo Hospitalar Conceição. **Quem somos**. 2014a. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional>>. Acesso em: 04 de dez. 2014.

_____. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005.** 2005a. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 jul. 2005, nº 125.

_____. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1996, nº 248.

_____. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde.** 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Parecer CNE/CES nº 1.133, de 07 de agosto de 2001.** Trata das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 out. 2001.

_____. Portal da Saúde. **Redes de Atenção Prioritárias.** 2014b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_proprietaria>. Acesso em: 07 dez. 2014.

_____. Portal da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgtes>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

_____. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.** 2009b. Dispõe sobre a RMS e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a CNRMS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 nov. 2009.

_____. **Portaria Interministerial nº 1.320, de 11 de novembro de 2010.** 2010a. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 nov. 2010, nº 217.

_____. **Portaria Interministerial nº 16, de 22 de dezembro de 2014.** 2014c. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/09, a Portaria Interministerial nº 1.320/10 e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/12, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de

Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2014, nº 248.

_____. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** 2011a. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jul. 2011, nº 130.

_____. **Portaria nº 2.338, de 3 outubro de 2011.** 2011b. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 out. 2011, nº 191.

_____. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev. 2006.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** 2010b. Dispõe sobre as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010, nº 251.

_____. **Pró-saúde:** programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. 2005b. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 77 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro_saude_cgtes.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.

_____. **Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS Exercício 2007/2009.** 2009c. Disponível em: <<http://www.sbfpa.org.br/portal/pdf/Relatorio%20Atividades%20CNRMS%202007%202009.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2010.

_____. **Residência Multiprofissional em Saúde:** experiências, avanços e desafios. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Resolução CNRMS nº 05, de 07 de novembro de 2014.** 2014d. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 nov. 2014, nº 217.

_____. **Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012.** 2012b. Dispõe sobre a transferência de profissionais da saúde residentes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 abr. 2012, nº 73.

_____. **Resolução CNS nº 287, de 08 de outubro de 1998.** Dispõe sobre as categorias profissionais da área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1998.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** 2012c. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun 2013, nº 112.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** 2009d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 10 abr 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. **A Questão Ético-Moral na Formação dos Enfermeiros e Médicos:** efeitos de sentidos nos discursos docentes. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

CAVALCANTI, Ismar Lima; SANT'ANA, João Maurício Brambati. A Preceptoría em um Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia: carências e dificuldades. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 05, n. 03, p. 1045-1054, 2014. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/678/pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2016.

CECCIM, Ricardo Burg. **Residências em saúde:** as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia (Organizadoras). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde.** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 260.

_____. FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**,

Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <<http://lrc.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/O%20Quadril%20da%20Forma%E7%E3o%20para%20a%20C1rea%20da.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

CYRINO, Eliana Goldfarb; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, mai-jun 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/15.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

DRIESSNACK, Martha; SOUSA, Valmi; MENDES, Isabel Amélia Costa. **Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem**: parte 3 – métodos mistos e múltiplos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 15, n. 05, 2007.

FAJARDO, Ananyr Porto. **Os tempos da docência nas Residências em Área Profissional da Saúde**: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FAJARDO, Ananyr Porto; CECCIM, Ricardo Burg. **O trabalho da preceptoria nos tempos de residência em área profissional da saúde**. In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia (Organizadoras). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 191 - 210.

FERREIRA, Sílvia Regina. **Residência Integrada em Saúde**: uma modalidade de ensino. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

_____. OLSCHOWSKY, Agnes. Residência integrada em saúde: a interação entre as diferentes áreas de conhecimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 106-112, mar. 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8882/5196>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 46 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2013.

GARCIA, Maria Alice Amorim. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 5, n. 8, p. 89-100, Fev. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14143283200100010007>. Acesso em: 15 abr. 2016.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de Pesquisa**. 1ª ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIBBON, Juliana. **Reflexões sobre o plano de ensino da ênfase em atenção ao paciente crítico de um programa de residência multiprofissional em saúde**. Monografia (Especialização em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Didática do ensino superior**. São Paulo: Atlas, 2006.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HADDAD, Ana Estela et al. Política Nacional de Educação na Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, supl. 1, p. 98-114, Out. 2008. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1463/1099>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE - ISCMPA. **Relatório Anual 2013**. 2014. Disponível em: <https://www.santacasa.org.br/assets/images/content/relatorio/relatorio_anual_2013.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2014.

JESUS, Josyane Cardoso Maciel de; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 153-161, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/02.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

MARTINS, Anisia Reginatti et al. **Residência Multiprofissional em Saúde: O que há de novo naquilo que já está posto**. In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia (Organizadoras). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 260.

MELO, Myllena Cândida de; QUELUCI, Gisella de Carvalho; GOUVÊA, Mônica Villela. Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 706-714, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/pt_0080-6234-reeusp-48-04-706.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p

_____. Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 15 abr 2016.

MISSAKA, Herbert; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. A Preceptoria na Formação Médica: o que Dizem os Trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica 2007-2009. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-310, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n3/a02v35n3.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

OLIVEIRA, Cathana Freitas de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. **Formação de profissionais para o SUS: há brechas para novas formas de conhecimento?** In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia (Organizadoras). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 260.

PEDUZZI, Marina et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n.4, p. 977-983, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0977.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set.-out. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17825>>. Acesso em 15 abr. 2016.

PEREIRA, Ingrid D'avilla Freire; LAGES, Itamar. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 319-338, maio-ago 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a04v11n2.pdf>>. Acesso em: 15 abr.2016.

RIBEIRO, Eliana Cláudia Otero Ribeiro. Exercício da Preceptoria: Espaço de Desenvolvimento de Práticas de Educação Permanente. 50º Congresso: Avanços Tecnológicos em Saúde e Educação. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v.11, supl. 1, 2012. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=312>. Acesso em: 15 maio 2016.

RIBEIRO, Kátia Regina Barros; PRADO, Marta Lenise do. **A Prática Educativa dos Preceptores nas Residências em Saúde**: um estudo de reflexão. Revista Gaúcha de Enfermagem, v.34, n. 04, p. 161-165, 2013.

RIBEIRO, Victória Maria Brant (Org.). **Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2011, p.126.

RODRIGUES, Carla Daiane Silva. **Competências para a preceptoría**: construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 20120.

ROSA, Soraya Diniz; LOPES, Roseli Esquerdo. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-Graduação Lato Sensu no Brasil: Apontamentos Históricos. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, nov. 2009 - fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n3/06.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

SANTOS, Fernanda Almeida dos. **Análise crítica dos Projetos Político-Pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. 2010. 116 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

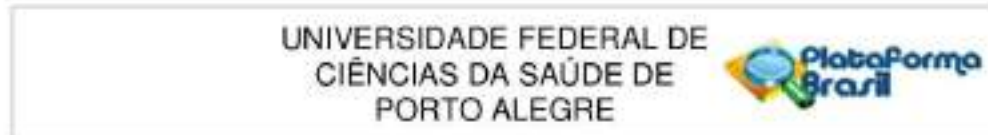
SILVA, Gilberto Tadeu Reis da; ESPÓSITO, Vitória Helena Cunha; NUNES, Dulce Maria. **Preceptoría: um olhar sob a ótica fenomenológica***. Acta Paulista Enfermagem, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 460-465, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE - UFCSPA. Instituto Santa Casa de Ensino e Pesquisa. **Manual do Residente - 2014**. 2014. Disponível em: <http://www.ufcspa.edu.br/ufcspa/ensino/residencia/residencia_multiprofissional/2014/manual_do_residente_remis.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2014.

_____. Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde. **Linhas de Pesquisa**. 2014. Disponível em: <<http://www.ufcspa.edu.br/index.php/stricto-sensu/ppg-ensino-na-saude/linhas-de-pesquisa/>>. Acesso em: 01 dez. 2014.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP UFCSPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: vivência do ser preceptor na ênfase de atenção ao paciente crítico

Pesquisador: Simone Travi Canabarro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43621715.8.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.028.319

Data da Relatoria: 16/04/2015

Apresentação do Projeto:

As residências são programas de integração ensino-serviço-comunidade e constituem-se em Pós-Graduações Lato Sensu, sob a forma de especialização. A Residência Multiprofissional em Saúde é composta por pelo menos três profissões. Caracterizados pelo ensino em serviço, 80% da carga horária é desenvolvida sob a forma de práticas a serem obrigatoriamente acompanhadas pelo preceptor, supõe-se que este profissional conduz o processo de ensino-aprendizagem, transformando as atividades desenvolvidas no âmbito do trabalho em momentos educativos. Por atuar como mediador, precisa mobilizar saberes e estratégias acerca dos aspectos pedagógicos, não bastando apenas o domínio do conhecimento especializado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Explorar as vivências dos preceptores de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na área de ênfase da atenção ao paciente crítico.

Objetivo Secundário:

- Investigar como se desenvolve o trabalho docente-assistencial dos preceptores no contexto da atenção a saúde do paciente crítico. - Compreender as percepções dos profissionais da saúde quanto ao seu papel de preceptor no contexto da atenção ao paciente crítico. - Levantar quais são

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245
Bairro: CEP: 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: 51 3300-5804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 1.088319

as necessidades pedagógicas desta população. - Comparar os aspectos consonantes e discordantes levantados em cada um dos locais de pesquisa. - Elaborar um livro com enfoque na Preceptoria na Residência Multiprofissional em Saúde na atenção ao paciente crítico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Pode-se considerar que o tempo da entrevista individual poderá gerar desconforto.

Benefícios: decorrentes dos conhecimentos gerados pela pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de método misto sequencial [QUALquan], de natureza aplicada, empreendido através de um estudo de casos múltiplos. A pesquisa será desenvolvida em dois complexos hospitalares situados no município de Porto Alegre, sendo eles, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e a Irmandade Santa Casa da Misericórdia de

Porto Alegre (ISCOMPA). Na primeira fase do estudo, que terá abordagem quantitativa, o processo de amostragem será não probabilístico por conveniência. Portanto, o convite eletrônico será realizado a todos os preceptores e serão incluídos aqueles que realizarem o aceite para a participação no período previsto para coleta de dados inicial. Na segunda fase, por ter abordagem qualitativa, a definição do número de participantes dar-se-á devido à reincidência das informações obtidas durante as entrevistas e com a conseguinte saturação dos dados. Espera-se realizar o convite inicial ao menos um representante de cada núcleo profissional de ambos os Programas de RMS pesquisados neste estudo. O universo será constituído por 42 preceptores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados os Termos de Anuência assinados pelos responsáveis pela UTI Central da ISCOMPA e pelo Programa de Residência Integrada do GHC. Os pesquisadores apresentam dois TCLEs: um para a primeira fase (on-line) e outro para a segunda fase (presencial).

Recomendações:

Aprovar e encaminhar para a apreciação das duas Instituições co-participantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está adequado do ponto de vista ético e metodológico. O prazo para execução do mesmo se encerra no mês de julho de 2016.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245
Bairro: CEP: 91.060-170
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51) 303-5804 E-mail: cep@ufscpa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 1.058319

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator,

PORTO ALEGRE, 17 de Abril de 2015.

Assinado por:

Julia Fernanda Semmelmann Pereira Lima
(Coordenador)

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245
Bairro: CEP: 91.050-170
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51) 3333-8804 E-mail: cep@ufcspa.edu.br

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP ISCMPA

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE PORTO
ALEGRE - ISCMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: vivência do ser preceptor na ênfase de atenção ao paciente crítico

Pesquisador: Simone Travi Canabarro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43621715.8.3002.5335

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.056.964

Data da Relatoria: 05/05/2015

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa será realizado com 42 preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde, que atuam na Irm. da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e do Grupo Hospitalar Conceição, na área de ênfase da atenção ao paciente crítico, onde será o objetivo geral deste estudo de método misto sequencial [QUALquan], exploratório descritivo, de natureza aplicada e empreendido através de um estudo de casos múltiplos. Este processo será dividido em três fases: a primeira será o preenchimento de um questionário on line, a segunda utilizará entrevistas individuais e a terceira será realizado o planejamento e organização de um produto textual sob a forma de um livro com enfoque na Preceptoria na Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção ao Paciente Crítico.

Objetivo da Pesquisa:

O pesquisador declara sobre:

- Objetivo Primário: Explorar as vivências dos preceptores de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na área de ênfase da atenção ao paciente crítico.
- Objetivo Secundário: - Investigar como se desenvolve o trabalho docente-assistencial dos preceptores no contexto da atenção a saúde do paciente crítico. - Compreender as percepções dos profissionais da saúde quanto ao seu papel de preceptor no contexto da atenção ao paciente

Endereço: R. Prof. Azenes Dias, 285 Hosp. Dom Vicente Scherer
Raimo: 6º andar - Centro **CEP:** 91.020-090
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefons: (51) 3214-8571 **Fax:** (51) 3214-8571 **E-mail:** cep@santacasa.icsu.br

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE PORTO
ALEGRE - ISCMPA



Confirmação do Parecer: 1.056.954

crítico. - Levantar quais são as necessidades pedagógicas desta população. - Comparar os aspectos consonantes e discordantes levantados em cada um dos locais de pesquisa. Elaborar um livro com enfoque na Preceptoria na Residência Multiprofissional em Saúde na atenção ao paciente crítico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador declara sobre:

-Riscos: Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: nulo. Pode-se considerar que o tempo da entrevista individual poderá gerar desconforto.
-Benefícios: São esperados os seguintes benefícios da sua participação: a organização de um arcabouço teórico que dará subsídios para o planejamento e construção de um livro, dirigido a profissionais que atuam nas Residências Multiprofissionais em Saúde, que poderá propiciar uma maior apropriação de saberes para o ensino e aprimoramento dos seus papéis de educador no âmbito do trabalho, de forma que o torne útil para eles próprios e para o coletivo que atua no ensino na saúde

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador declara sobre:

Critério de Inclusão: preceptores que estejam atuando no período da coleta de dados e que aceitem participar deste estudo.

Critério de Exclusão: preceptores que não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes documentos foram apresentados e estão adequados: Formulário de Inscrição de Projetos de Pesquisa - CEP da ISCMPA, Cronograma, Declaração de Confidencialidade do Sujeito no estudo, Declaração de autorização de Chefe responsável, Declaração de uso e publicação de dados, Declaração de uso e dados de materiais, Declaração de isenção de ônus à Instituição, Declaração de riscos e benefícios, Orçamento.

Recomendações:

Inserir no TCLE espaço para registro de data, nome e assinatura do pesquisador principal (ou alguém designado por ele no projeto) e do sujeito da pesquisa.

Endereço: R. Prof. Annes Dias, 285 Hosp. Dom Vicente Scherer
Bairro: 6º andar - Centro CEP: 90.020-090
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51) 3214-8571 Fax: (51) 3214-8571 E-mail: cep@santacasa.iscma.br

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE PORTO
ALEGRE - ISCMPA



Confirmação do Parecer: 1.056.954

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não aplicável.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Após avaliação do protocolo acima descrito, o presente comitê não encontrou óbices quanto ao desenvolvimento do estudo em nossa Instituição e poderá ser iniciado a partir da data deste parecer.

Obs.: 1 - O pesquisador responsável deve encaminhar à este CEP, Relatórios de Andamento dos Projetos desenvolvidos na ISCMPA, Relatórios Parciais (pesquisas com duração superior à 6 meses), Relatórios Finais (ao término da pesquisa) e os Resultados Obtidos (cópia da publicação).

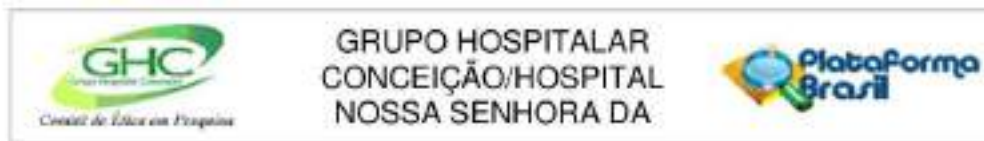
2 - Para o início do projeto de pesquisa, o investigador deverá apresentar a chefia do serviço (onde será realizada a pesquisa), o Parecer Consubstanciado de aprovação do protocolo pelo Comitê de Ética.

PORTO ALEGRE, 11 de Maio de 2015

Assinado por:
Claudio Teloken
(Coordenador)

Endereço: R. Prof. Annes Dias, 285 Hosp. Dom Vicente Scherer
Bairro: 6º andar - Centro **CEP:** 90.020-090
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3214-8571 **Fax:** (51)3214-8571 **E-mail:** cep@santacasa.tchs.br

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP GHC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - vivência do ser preceptor na ênfase da atenção ao paciente crítico.

Pesquisador: RAFAELA MILANESI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48549515.9.0000.5530

Instituição Proponente: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO SA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.143.280

Data da Relatoria: 08/07/2015

Apresentação do Projeto:

Vide parecer anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Vide parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide parecer anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram adequados o instrumento e o TCLE.

Recomendações:

N/A.

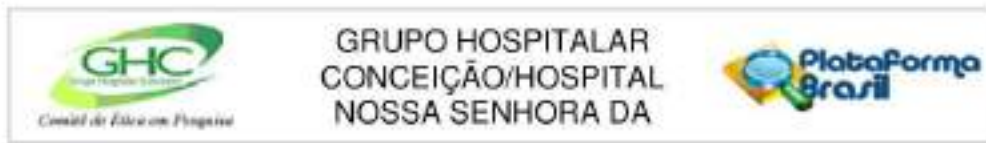
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências totalmente atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Francisco Trein, 595 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br



Confirmação do Parecer: 1.143.290

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:


PORTO ALEGRE, 08 de Julho de 2015

Assinado por:
Daniel Demétrio Faustino da Silva
 (Coordenador)

Endereço: Francisco Trein, 598 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.295-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário Eletrônico (1ª etapa)



PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: vivência do ser preceptor na ênfase de atenção ao paciente crítico

***Obrigatório**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada "PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: vivência do ser preceptor na ênfase de atenção ao paciente crítico" que se refere a um projeto de Mestrado Profissional da participante Rafaela Milanesi do Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde (PPGENSAU), o qual pertence à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). A pesquisadora será orientada pela Profª Drª Simone Travi Canabarro e coorientada pela Profª Drª Rita Catalina Aquino Caregnato.

O objetivo deste estudo é explorar as vivências dos preceptores de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na área de ênfase da atenção ao paciente crítico. O tema escolhido justifica-se devido à contribuição dos resultados para a formação de um referencial teórico que poderá contribuir para a elaboração de estratégias que aprimorem os programas de ensino em serviço.

Sua forma de participação consistirá no preenchimento on-line de um questionário composto, quase que integralmente, por questões fechadas. O tempo de duração aproximado para o preenchimento do instrumento será 15 minutos.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante 5 (cinco) anos e, após este prazo, totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução CNS/MS nº 466/12).

Nenhum valor financeiro será para a execução desta pesquisa, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. No entanto, em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização, que será de responsabilidade dos pesquisadores.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: nulo. Pode-se considerar que o tempo de preenchimento do questionário poderá gerar desconforto e se constituir em uma potencial dificuldade para a participação na pesquisa.

São esperados os seguintes benefícios da sua participação: a organização de um arcabouço teórico que dará subsídios para o planejamento e construção de um livro, dirigido a profissionais que atuam nas Residências Multiprofissionais em Saúde, que poderá propiciar uma maior apropriação de saberes para o ensino e aprimoramento dos seus papéis de educador no âmbito do trabalho, de forma que o torne útil para eles próprios e para o coletivo que atua no ensino na saúde.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu fazer profissional.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Você ficará com uma cópia deste Termo (será enviada via e-mail após o aceite) e, em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Rafaela Milanesi, Hospital Nossa Senhora Conceição, Setor de Emergência, Av. Francisco Trein nº 596, Porto Alegre, telefones (51) 3357-2676 ou (51) 9688-1686, e-mail mrfaela@ghc.com.br.

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, pelo telefone (51) 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein nº 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h30min às 17h.


CONSENTIMENTO *

Eu confirmo que os objetivos desta pesquisa foram apresentados, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram elencadas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Li e concordo com o Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

[Continuar >](#)

20% concluído



PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: vivência do ser preceptor na ênfase de atenção ao paciente crítico

*Obrigatório:

Identificação

Tendo em vista a importância de se preservar o anonimato dos sujeitos, as variáveis abordadas nesta página servirão para descrever e caracterizar a amostra como um todo, de modo que seja impossibilitada a identificação dos participantes.

Idade: *

Sexo: *

Profissão: *

Curso(s) de graduação concluído(s): *

Ano de conclusão: *

Curso(s) de pós-graduação (Especialização, Residência, Mestrado, Doutorado ou Pós-Doutorado) concluído(s): *

Se sim, qual(is):

Curso(s) de pós-graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado ou Pós-Doutorado) em andamento: *

Se sim, qual(is):

Se você tiver observações a respeito das questões abordadas acima, poderá utilizar este espaço para compartilhar conosco:

40% concluído

Powered by
 Google Forms

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.
[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)



PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: vivência do ser preceptor na ênfase de atenção ao paciente crítico

*Obrigatório

Preceptoría

As próximas questões dizem respeito ao cotidiano da prática da preceptoría nos serviços de saúde.

Atuação na seguinte área de ênfase: *

Setor que está vinculado: *

Há quanto tempo você trabalha na Instituição: *

Em meses:

Carga horária contratual: *

Em horas semanais:

Há quanto tempo você exerce a função de preceptor: *

Em meses:

Você tem alguma carga horária específica para as atividades de preceptoria dentro da carga horária semanal de trabalho: *

Se sim, quantas horas semanais:

Você recebe alguma bolsa incentivo ou função gratificada devido à função de preceptor: *

Se sim, qual:

Esta foi sua primeira experiência de ensino na área da saúde (curso técnico, estágio supervisionado, etc.): *

Se não, citar o tipo (ex. aulas teóricas, práticas), o nível do ensino (técnico, superior, pós-graduação) e por quanto tempo:

Você já teve outras experiências em Preceptoria: *

Se sim, qual(is):

Você já participou em programas federais de reorientação da formação dos profissionais da saúde (PRÓ-SAÚDE, PET-SAÚDE, VERSUS, PROMED, etc.): *

Se sim, qual(is):

Você já realizou cursos/capacitações que tiveram como tema a área do ensino (formação pedagógica): *

Se sim, qual(is):

Você sente necessidade de realizar cursos de formação ou de atualização para preceptores? *

Caso lhe fosse ofertado um curso a preceptores, qual seria a modalidade mais adequada à sua rotina: *

É possível assinalar mais de uma alternativa nesta questão.

Presencial

Semipresencial

A distância

Outro:

Você está satisfeito em desempenhar as atividades de preceptoria junto aos residentes: *

Assinale seu grau de satisfação.

1 2 3 4 5

Pouco Muito

Justifique a questão anterior:

Se você tiver observações a respeito das questões abordadas acima, poderá utilizar este espaço para compartilhar conosco:

[« Voltar](#)

[Continuar »](#)

 60% concluído



PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: vivência do ser preceptor na ênfase de atenção ao paciente crítico

*Obrigatório

Escala Likert

Para as próximas questões, você deverá ler as afirmativas e marcar o item que mais se aproxima do seu grau de concordância.

1

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Durante minha graduação foram trabalhadas questões pedagógicas, como modelos educacionais, metodologias ativas, métodos avaliativos, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Sinto-me suficientemente preparado com conhecimentos pertinentes a minha área de atuação (UTI, Emergência, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Tenho conhecimento sobre processos de avaliação da aprendizagem (ex: avaliação por competências).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
<p>•</p> <p>Tenho conhecimento sobre técnicas de ensino no contexto prático.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>•</p> <p>Conseguo realizar, junto ao residente, a problematização dos conhecimentos científicos na prática.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>•</p> <p>Considero importante, para minha atuação, realizar um curso sobre a fundamentação pedagógica voltado para a prática da preceptoria.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>•</p> <p>A concomitância das atividades de ensino e de assistência é um fator de dificuldade para mim.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>•</p> <p>Conheço a Proposta Pedagógica do curso no qual o residente está vinculado.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>•</p> <p>É possível conciliar minhas atividades (assistenciais, gerenciais, etc.) com a preceptoria.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Tenho uma boa relação com os residentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
•					
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Tenho conhecimento sobre metodologias de pesquisa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
•					
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Sinto-me seguro para desempenhar minhas atribuições como preceptor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
•					
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Conheço as responsabilidades/atribuições que tenho como preceptor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
•					
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Estou envolvido nas estratégias educacionais técnicas e/ou teórico-práticas desenvolvidas no programa de Residência no qual estou vinculado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
•					
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Sinto-me apto a ser orientador (caso minha titulação seja de mestre) ou coorientador em um trabalho de conclusão de residência (TCR).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[« Voltar](#)
[Continuar »](#)


100% concluído



PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: vivência do ser preceptor na ênfase de atenção ao paciente crítico

*Obrigatório

Questões abertas

Objetivando oportunizar sua livre expressão, finalizamos este questionário com quatro questões abertas a respeito do seu cotidiano de trabalho.

O que é ser preceptor para você? *

Descreva um dia típico de trabalho. Como você organiza suas atividades junto aos residentes? *

Quais fragilidades e potencialidades você percebe neste processo de preceptoria? *

Quais sugestões você daria à Instituição Formadora (Universidade, Escola GHC) para a melhoria da realização da preceptoria? *

[< Voltar](#)

[Enviar](#)

Nunca envie senhas pelo Formulário Google.

100% concluído

APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista Individual
(2ª etapa)

- 1) Qual é o papel de um preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde?
- 2) Quais são as competências – habilidades, ações – necessárias para desempenhar o papel de preceptor?
- 3) No seu cotidiano de trabalho na UTI/Emergência, como ocorre o processo de preceptoria? Como se organiza/desenvolve uma semana típica de trabalho?
- 4) Você tem algum envolvimento/participação nos Trabalhos de Conclusão de Residência?
- 5) Quais são as estratégias utilizadas por você que favorecem – te auxiliam - na interação ensino-aprendizagem com os residentes?
- 6) Ocorre interação com os residentes de outros núcleos profissionais ou com os da Residência Médica?
- 7) Quais métodos de avaliação você utiliza no processo de formação dos residentes?
- 8) Você teve alguma formação para o ensino ou capacitação pedagógica – seja durante a graduação ou em outras formações? Quais?
- 9) Se sim, este preparo interfere em sua prática de preceptoria? Se não, na tua opinião, este preparo interferiria em sua prática de preceptoria? Por quê?
- 10) Quais dificuldades – pontos negativos – você encontra neste processo de preceptoria?
- 11) Quais facilidades – pontos positivos – você encontra neste processo de preceptoria?
- 12) Que sugestões você daria às instituições (executoras e/ou formadoras) vinculadas à RMS para melhoria da valorização da preceptoria e/ou do profissional preceptor?

APÊNDICE C – Carta Convite para a primeira fase do estudo



CARTA CONVITE

Prezado (a) _____

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: vivência do ser preceptor na ênfase de atenção ao paciente crítico”, desenvolvida no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

A pesquisa tem como objetivo principal explorar as vivências dos preceptores de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) com ênfase na atenção ao paciente crítico.

Sua participação poderá contribuir para a qualificação dos programas de residência e também, para a organização de um arcabouço teórico que dará subsídios para o planejamento e construção de um produto educacional, dirigido a profissionais que atuam nas RMS.

Nesta fase da pesquisa, sua participação consistirá no preenchimento *online* de um questionário composto, quase que integralmente, por questões fechadas. O tempo de duração aproximado para responder o instrumento será de 15 minutos.

Estando de acordo, acesse o link em destaque, o qual irá direcioná-lo imediatamente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que será seguido do questionário da pesquisa.

Solicitamos a gentileza de responder no prazo de 15 dias, a partir do recebimento. Em qualquer momento, você poderá retornar as dúvidas que surgirem para a pesquisadora: Rafaela Milanesi, através do e-mail: mrafaela@ghc.com.br ou pelo telefone: (51) 3357-2676 ou (51) 9688-1686.

Link para o questionário

Contamos com sua participação!

Desde já agradecemos.

Atenciosamente,

Rafaela Milanesi

Mestranda em Ensino na Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Dra. Rita Catarina Aquino Caregnato

Coorientadora. Professora Adjunta da UFCSPA

Dra. Simone Travi Canabarro

Orientadora. Professora Adjunta da UFCSPA

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido *Online***TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**Versão *online* para Fase I da coleta de dados

DATA DA VERSÃO: 25/06/2015.

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada "PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: vivência do ser preceptor na ênfase de atenção ao paciente crítico" que se refere a um projeto de Mestrado Profissional da participante Rafaela Milanesi do Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde (PPGENSAU), o qual pertence à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). A pesquisadora será orientada pela Prof^a Dr^a Simone Travi Canabarro e coorientada pela Prof^a Dr^a Rita Catalina Aquino Caregnato.

O objetivo deste estudo é explorar as vivências dos preceptores de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na área de ênfase da atenção ao paciente crítico. O tema escolhido justifica-se devido à contribuição dos resultados para a formação de um referencial teórico que poderá contribuir para a elaboração de estratégias que aprimorem os programas de ensino em serviço.

Sua forma de participação consistirá no preenchimento *online* de um questionário composto, quase que integralmente, por questões fechadas. O tempo de duração aproximado para o preenchimento do instrumento será 15 minutos.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante 5 (cinco) anos e, após este prazo, totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução CNS/MS nº 466/12).

Nenhum valor financeiro será para a execução desta pesquisa, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. No entanto, em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização, que será de responsabilidade dos pesquisadores.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: nulo. Pode-se considerar que o tempo de preenchimento do questionário poderá gerar desconforto e se constituir em uma potencial dificuldade para a participação na pesquisa.

São esperados os seguintes benefícios da sua participação: a organização de um arcabouço teórico que dará subsídios para o planejamento e construção de um livro, dirigido a profissionais que atuam nas Residências Multiprofissionais em Saúde, que poderá propiciar uma maior apropriação de saberes para o ensino e aprimoramento dos seus papéis de educador no âmbito do trabalho, de forma que o torne útil para eles próprios e para o coletivo que atua no ensino na saúde.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu fazer profissional.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Você ficará com uma cópia deste Termo (será enviada via e-mail após o aceite) e, em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Rafaela Milanesi, Hospital Nossa Senhora Conceição, Setor de Emergência, Av. Francisco Trein nº 596, Porto Alegre, telefones (51) 3357-2676 ou (51) 9688-1686, e-mail mrafaela@ghc.com.br.

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone (51) 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein nº 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h30min às 17h.

CONSENTIMENTO

Eu confirmo que os objetivos desta pesquisa foram apresentados, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram elencadas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Li e concordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

APÊNDICE E – Lembrete do Convite para a primeira fase do estudo

**CARTA CONVITE**

Porto Alegre, 28 de setembro de 2015.

Prezado (a) _____

No dia 11/08 você recebeu em seu e-mail a carta convite para participar da pesquisa “PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: vivência do ser preceptor na ênfase de atenção ao paciente crítico”, que está sendo desenvolvida no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Neste momento, gostaríamos de ressaltar a importância da sua contribuição para a pesquisa. Reiteramos que, tal participação consistirá no preenchimento *online* de um questionário composto, quase que integralmente, por questões fechadas, e que o tempo de duração aproximado para responder o instrumento será de 15 minutos.

Sendo assim, contamos com sua participação para a consolidação do saber nesta área temática!

Ps: As respostas ao questionário não são identificáveis. Portanto, se você já tiver respondido as questões anteriormente, favor desconsiderar este e-mail lembrete.

Link para o questionário

Desde já agradecemos.

Atenciosamente,

Rafaela Milanesi

Mestranda em Ensino na Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Dra. Rita Catarina Aquino Caregnato

Coorientadora. Professora Adjunta da UFCSPA

Dra. Simone Travi Canabarro

Orientadora. Professora Adjunta da UFCSPA

APÊNDICE F – Carta Convite para a segunda fase do estudo



CARTA CONVITE

Porto Alegre, 29 de outubro de 2015.

Prezado (a) _____

Estou realizando a segunda etapa do meu estudo de mestrado intitulado “PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: vivência do ser preceptor na ênfase de atenção ao paciente crítico”, sob orientação das professoras Rita Catalina Aquino Caregnato e Simone Travi Canabarro.

O objetivo deste estudo é explorar as vivências dos preceptores de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na área de ênfase da atenção ao paciente crítico.

Para tanto, neste momento, **necessito agendar uma entrevista** que duraria em torno de **30 minutos**, em qualquer dia, turno ou local, **de acordo com a sua disponibilidade** e, preferencialmente, até o dia **20/11**.

Sua colaboração poderá contribuir para a elaboração de estratégias que aprimorem os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e também, para a organização de um arcabouço teórico que dará subsídios para o planejamento e construção de um produto educacional, dirigido a profissionais que atuam como preceptores em UTIs e Emergências.

Contamos com a sua participação!

Desde já agradecemos.

Atenciosamente,

Rafaela Milanesi

Mestranda em Ensino na Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA)

Dra. Rita Catarina Aquino Caregnato

Coorientadora. Professora Adjunta da UFCSA

Dra. Simone Travi Canabarro

Orientadora. Professora Adjunta da UFCSA

APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Presencial

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

Versão presencial para fase II da coleta de dados

DATA DA VERSÃO: 25/06/2015.

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada "PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: vivência do ser preceptor na ênfase de atenção ao paciente crítico" que se refere a um projeto de Mestrado Profissional da participante Rafaela Milanesi do Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde (PPGENSAU), o qual pertence à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). A pesquisadora será orientada pela Profª Drª Simone Travi Canabarro e coorientada pela Profª Drª Rita Catalina Aquino Caregnato.

O objetivo deste estudo é explorar as vivências dos preceptores de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na área de ênfase da atenção ao paciente crítico. O tema escolhido justifica-se devido à contribuição dos resultados para a formação de um referencial teórico que poderá contribuir para a elaboração de estratégias que aprimorem os programas de ensino em serviço.

Sua forma de participação, nesta etapa da pesquisa, consistirá em uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 60 minutos, na qual você irá responder 08 questões semiestruturadas.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante 5 (cinco) anos e, após este prazo, totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução CNS/MS nº 466/12).

Nenhum valor financeiro será para a execução desta pesquisa, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações. No entanto, em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização, que será de responsabilidade dos pesquisadores.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: nulo. Pode-se considerar que o tempo da entrevista individual poderá gerar desconforto.

São esperados os seguintes benefícios da sua participação: a organização de um arcabouço teórico que dará subsídios para o planejamento e construção de um livro, dirigido a profissionais que atuam nas Residências Multiprofissionais em Saúde, que poderá propiciar uma maior apropriação de saberes para o ensino e aprimoramento dos seus papéis de educador no âmbito do trabalho, de forma que o torne útil para eles próprios e para o coletivo que atua no ensino na saúde.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu fazer profissional.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Você ficará com uma cópia deste Termo e, em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Rafaela Milanesi, Hospital Nossa Senhora Conceição, Setor de Emergência, Av. Francisco Trein nº 596, Porto Alegre, telefones (51) 3357-2676 ou (51) 9688-1686, e-mail mrafaela@ghc.com.br. A outra via será arquivada pelo pesquisador.

Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone (51) 3357-2407, endereço Av. Francisco Trein nº 596, 3º andar, Bloco H, sala 11, das 09h às 12h e das 14h30min às 17h.

CONSENTIMENTO

Eu _____ confirmo que Rafaela Milanesi explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação, esclarecendo minhas dúvidas. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2015.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

Eu, Rafaela Milanesi obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do sujeito da pesquisa, em consonância com o que determina a Resolução CNS/MS nº 466/12.

(Identificação e assinatura da pesquisadora)

APÊNDICE H – Produto Final do Mestrado

Por tratar-se de um mestrado profissional, o trabalho final do curso vinculou-se a problemas reais da área de atuação da mestranda. Portanto, planejou-se um produto educacional que resultasse da real necessidade de todos os preceptores avaliados neste estudo.

Sob a forma de um *site* dirigido a profissionais que atuam nas RMS, foi possível apresentar conteúdos relevantes à prática da preceptoria, propiciando aos preceptores uma maior apropriação de saberes para o ensino e para o aprimoramento do papel de educador no âmbito do trabalho.

Pretende-se manter um processo contínuo de alimentação de conteúdos para o *site*, bem como a divulgação deste produto educacional entre os participantes da pesquisa, em fóruns *online* sobre o tema, em redes sociais e em eventos promovidos pelas instituições envolvidas. Além disso, a autora buscará formas de aproximação com a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde para a divulgação do *site* no repositório nacional, disponibilizando, assim, acesso aos preceptores.

As telas foram apresentadas neste apêndice com base no mapa do *site*, conforme lista abaixo:

1 HOME

2 A RESIDÊNCIA

2.1 Características gerais das RMS

2.1.1 Definição

2.1.2 Profissões Abrangidas pelos Programas de Residência

2.1.3 Eixos Norteadores

2.1.4 Estratégias Educacionais e Carga Horária

2.1.5 Noções de Campo e Núcleo de Conhecimento

2.1.6 Eixos de Saberes das Estratégias Educacionais

2.1.7 Corpo Docente Assistencial

2.1.8 Objetivos dos Programas de RMS

2.2 Saúde e Educação

2.3 A Prática da Preceptoria no Cotidiano das Instituições de Saúde

2.4 A Relação Preceptor-Residente

2.5 Metodologias Ativas de Ensino: Problematização

2.6 As Redes de Atenção à Saúde

2.7 A Rede de Atenção às Urgências e Emergências

3 MARCO REGULATÓRIO

3.1 Leis

3.2 Decretos

3.3 Portarias

3.4 Resoluções

4 ACERVO BIBLIOGRÁFICO

4.1 Artigos

4.2 Teses e Dissertações

4.3 Livros

4.4 Conteúdos Audiovisuais

5 FÓRUM

6 CONTATO

1 HOME



2 A RESIDÊNCIA



2.1 Características gerais das RMS



2.1.1 Definição



2.1.2 Profissões Abrangidas pelos Programas de Residência

Profissões Abrangidas pelos Programas de Residência

Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social, Nutrição, Fonoaudiologia, Psicologia, Odontologia, Medicina, Saúde Coletiva, Radiologia, Farmácia, Medicina Veterinária, Veterinária.

2.1.3 Eixos Norteadores

Eixos Norteadores

O eixo norteador da residência multiprofissional em saúde é a integração das diferentes profissões para a promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado integral ao usuário. Este eixo norteador orienta a atuação dos residentes, promovendo a colaboração entre as diferentes profissões e a adoção de uma abordagem multidisciplinar e interprofissional. A integração das profissões é essencial para a identificação e resolução dos problemas de saúde da população, promovendo a melhoria da qualidade do cuidado e a eficiência dos serviços de saúde.

Os eixos norteadores da residência multiprofissional em saúde são:

- Integração das diferentes profissões para a promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado integral ao usuário.
- Colaboração entre as diferentes profissões e adoção de uma abordagem multidisciplinar e interprofissional.
- Identificação e resolução dos problemas de saúde da população, promovendo a melhoria da qualidade do cuidado e a eficiência dos serviços de saúde.

3.2 Decretos



3.3 Portarias



(parte da imagem da tela)

3.4 Resoluções



(parte da imagem da tela)

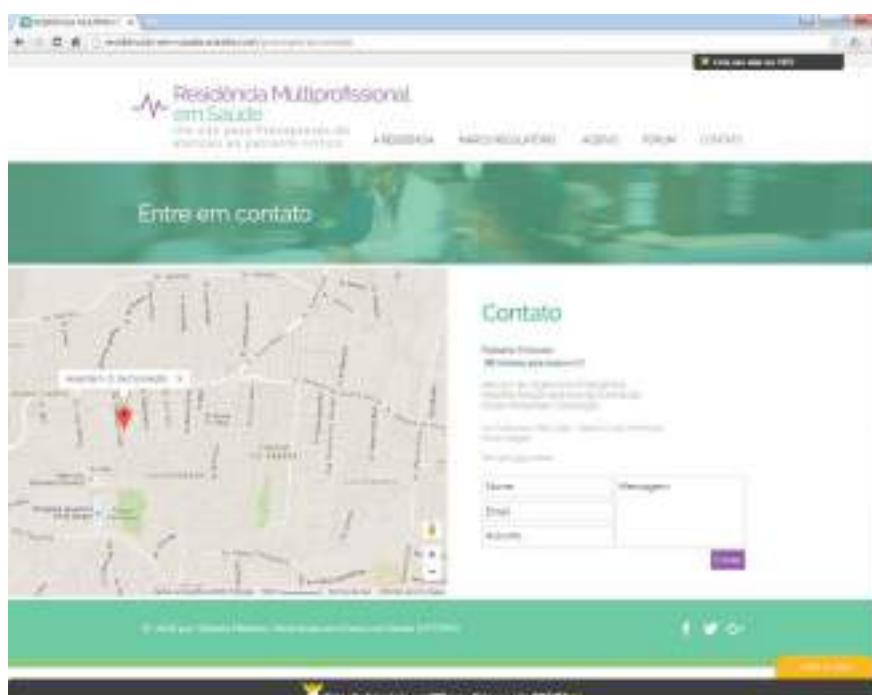
4 ACERVO BIBLIOGRÁFICO



5 FÓRUM



6 CONTATO



Catalogação na Publicação

Milanesi, Rafaela

PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE :
vivência do ser preceptor na ênfase de atenção ao
paciente crítico / Rafaela Milanesi. -- 2016.
129 p. : il., graf., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de
Pós-Graduação em Ensino na Saúde, 2016.

Orientador(a): Profa. Dra. Simone Travi Canabarro ;
coorientador(a): Profa. Dra. Rita Catalina Aquino
Caregnato.

1. Ensino. 2. Capacitação de Recursos Humanos em
Saúde. 3. Preceptoría. 4. Internato não Médico. 5.
Cuidados Críticos. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).