



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO

NEIVA JOSÉ DA LUZ DIAS JÚNIOR

**PRECEPTORIA DE ENFERMAGEM EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM
SAÚDE DE HOSPITAIS-ESCOLA DE BELÉM:
Percepções do Enfermeiro Preceptor**

BELÉM/PARÁ

2018

NEIVA JOSÉ DA LUZ DIAS JÚNIOR

**PRECEPTORIA DE ENFERMAGEM EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM
SAÚDE DE HOSPITAIS-ESCOLA DE BELÉM:
Percepções do Enfermeiro Preceptor**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Joughanna do Carmo Menegaz.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves.

Orientação Projeto de Pesquisa e coleta de dados: Prof.^a Dra. Sandra Helena Isse Polaro.

Linha de Pesquisa: Educação, Formação e Gestão para a Práxis do Cuidado em Saúde e Enfermagem no Contexto Amazônico.

BELÉM/PA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

DIAS JÚNIOR, Neiva José da Luz
PRECEPTORIA DE ENFERMAGEM EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DE
HOSPITAIS-ESCOLA DE BELÉM : Percepções do Enfermeiro Preceptor / Neiva José da Luz
DIAS JÚNIOR. — 2018
112 f.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), Instituto
de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Joughanna do Carmo Menegaz
Coorientação: Profa. Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves.

1. Preceptoría. 2. Educação em enfermagem. 3. Hospitais-escola. 4. Capacitação em serviço. I.
Menegaz, Joughanna do Carmo , *orient.* II. Título

CDD 610.73071

NEIVA JOSÉ DA LUZ DIAS JÚNIOR

**PRECEPTORIA DE ENFERMAGEM EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM
SAÚDE DE HOSPITAIS-ESCOLA DE BELÉM:
Percepções do Enfermeiro Preceptor**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Joughanna do Carmo Menegaz.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves.

Orientação projeto de pesquisa e coleta de dados: Prof.^a Dra. Sandra Helena Isse Polaro.

Linha de Pesquisa: Educação, Formação e Gestão para a Práxis do Cuidado em Saúde e Enfermagem no Contexto Amazônico.

Dissertação Aprovada em 05/04/2018.

BANCA EXAMINADORA

_____ - Presidente.

Dra. Joughanna do Carmo Menegaz.
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.
Universidade Federal do Pará.

_____ - Membro Examinador Interno.

Dra. Márcia Maria Bragança Lopes.
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.
Universidade Federal do Pará.

_____ - Membro Examinador Externo.

Dra. Melissa Orlandi Honório Locks.
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.
Universidade Federal de Santa Catarina.

_____ - Membro Examinador Interno - Suplente.

Dr. Eliã Pinheiro Botelho.
Doutor em Ciências Biológicas – Fisiologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Universidade Federal do Pará.

BELÉM/PA

2018

Dedico esta dissertação à minha família, como parte da herança de quem me permitiu sonhar além do que parecia ser possível, e por serem exemplos de fé, trabalho, honestidade e amor.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por fazer minha vida cheia de conquistas e momentos felizes; por ter me guiado durante todo o percurso de construção do conhecimento; ter me acalentado nos momentos de desânimo e por ter me dado o dom de cuidar das pessoas.

Aos meus queridos pais, Neiva e Tânia, pelo infinito amor e carinho, por me apoiarem em tudo e me conduzirem sempre pelo melhor caminho.

Às minhas irmãs, Narim e Geysel, por todo o companheirismo, conselhos, amizade e amor.

Às minhas amigas Brena Feitosa, Carla Marques, Alessandra Amaral, pelo prazer da convivência diária e por se divertirem comigo nos momentos em que precisei “recarregar as baterias”.

Aos amigos que fiz no mestrado, pela caminhada que compartilhamos, pelos momentos de angústias e tristezas que passamos e por estarmos juntos vencendo mais um desafio.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, pelo acolhimento e oportunidade de crescimento profissional.

À minha orientadora Professora Dra. Juhanna do Carmo Menegaz, pela disponibilidade, paciência, ricas contribuições, por aceitar finalizar conosco esta pesquisa e por ser um exemplo de profissional. Minha admiração e meu muito obrigado!

À Professora Dra. Lúcia Takase, pela coorientação deste trabalho, puxadas de orelha e por ser um exemplo de dedicação à vida acadêmica.

À Professora Dra. Sandra Helena Isse Polaro pelas contribuições no início deste trabalho de pesquisa.

Aos Docentes que auxiliaram a minha formação ao longo do mestrado, com os quais tive a oportunidade de trocar experiências e aprender muito durante todo o processo, agradeço pelos ensinamentos e incentivo em construir uma Enfermagem melhor.

À Divisão de Enfermagem do Hospital Naval de Belém, aos amigos e colegas de trabalho Enfermeiros, em nome de minha amiga e Encarregada Capitã de Corveta Gorete Moraes, pelo incentivo à qualificação profissional, por entender os momentos e necessidades de dedicação ao mestrado.

Aos Enfermeiros Preceptores, profissionais que dedicam seus dias à formação de outros, acreditando na possibilidade de superação constante.

Por fim, a todos aqueles que se fizeram presentes, mesmo em pensamento, e contribuíram para realização deste trabalho devo minha gratidão.

Muito obrigado!

"Os educadores experientes não são aqueles que estimulam a transpor as barreiras exteriores, mas os obstáculos secretos. Não são aqueles que transformam seus filhos e alunos em depósito de informações, mas os que estimulam seu apetite intelectual e os animam a digerir informações."
(Augusto Cury)

RESUMO

Estudo exploratório, do tipo descritivo com abordagem qualitativa, que objetivou descrever a percepção de enfermeiros preceptores de programas de residência em saúde de hospitais-escola de Belém, Estado do Pará, sobre sua atuação e o trabalho docente-assistencial. Participaram do estudo 17 enfermeiros preceptores de dois hospitais de ensino da região metropolitana de Belém. O período de coleta de dados foi de julho a outubro de 2016, por meio de entrevista semiestruturada, a partir da utilização do instrumento de coleta de dados. Utilizou-se para a análise dos dados a técnica da análise de conteúdo temática, orientada por Minayo (2014), da qual emergiram no total três temas de análise, quais sejam: “O papel do preceptor”, “Exercendo a função de preceptor: trabalho x ensino”, “Aspectos relevantes e desafios do cenário da preceptoria”; e sete subtemas, a saber: “Definição de Preceptor”, “Qualidades de um Bom Preceptor”, “Organização do Trabalho”, “Processo de Ensino-Aprendizagem”, “Processo de Avaliação”, “Facilidades” e “Dificuldades e Fragilidades”. Os Temas e subtemas foram comparados com o marco teórico, a partir das competências para ensinar propostas por Valente e Viana (2011) com base em Perrenoud (2000). Os resultados mostraram que os entrevistados compreendiam a função e o seu papel de preceptor. Na percepção deles, a preceptoria se mostra como uma atividade dinâmica, onde os atores envolvidos compartilham a gerência, a assistência, o conhecimento, discutem casos clínicos e planejam a assistência de enfermagem. Não aplicavam um modelo de preceptoria pré-estabelecido, por não terem sido instruídos previamente para o exercício da função. Destacaram como facilidades a predisposição e a satisfação pessoal em conduzir o residente; a motivação para a constante atualização profissional; e o estímulo à melhoria do processo de trabalho. Dificuldade e fragilidades: a sobrecarga de trabalho; acúmulo de funções; ausência de incentivos à preceptoria; ausência de integração ensino-serviço; e ausência de capacitação pedagógica. Este estudo identificou como esses enfermeiros preceptores percebiam a sua atuação de preceptoria junto aos residentes, permitindo assim revelar as experiências e problemáticas enfrentadas no cotidiano desta formação pelos preceptores, identificando os aspectos que podem ser trabalhados e/ou aperfeiçoados, a fim de contribuir e propiciar subsídios para a implantação de novos programas de residência, fomentar discussões sobre a ação do enfermeiro preceptor na formação do residente, colaborar para as mudanças no modelo de formação em saúde, bem como viabilizar elementos para a avaliação dos programas de residência já existentes e, conseqüentemente, melhorar a qualidade do ensino, da formação e da gestão para a práxis do cuidado de enfermagem. A preceptoria necessita ser compreendida com maior complexidade por todos os envolvidos. Nessa perspectiva, sugere-se maior integração entre preceptores, hospitais-escola e instituições de ensino superior na busca de soluções para as dificuldades e realização da capacitação pedagógica e para pesquisa. Além da busca da categoria junto à gestão de incentivos à atividade de preceptoria. Esta pesquisa contribuiu para iniciarmos as discussões acerca do trabalho docente-assistencial do enfermeiro preceptor, na medida em que ofereceu voz para exporem suas percepções acerca da compreensão do ser preceptor, da natureza da atividade e suas dificuldades.

Descritores: Preceptoria. Educação em enfermagem. Hospitais-escola. Capacitação em serviço.

ABSTRACT

An exploratory study, descriptive type with a qualitative approach, which aimed to describe the perception of nurses preceptors of health residency programs at hospitals in Belém, state of Pará, about their work and the teaching and care work. Seventeen preceptor nurses from two teaching hospitals in the metropolitan region of Belém participated in the study. The data collection period was from July to October 2016, through a semi-structured interview, using the data collect. The Minayo (2014) thematic content analysis technique was used to analyze the data, from which a total of three themes of analysis emerged, namely: "The role of the preceptor", "Exercising the function of preceptor: work x teaching ", " Relevant aspects and challenges of the preceptory scenario "; and seven sub-themes, namely: "Definition of Preceptor", "Qualities of a Good Preceptor", "Work Organization", "Teaching-Learning Process", "Evaluation Process", "Facilities" and "Difficulties and Fragilities. " The themes and sub-themes were compared with the theoretical framework, based on the skills to teach proposals by Valente and Viana (2011) based on Perrenoud (2000). The results showed that the interviewees understood the role and role of preceptor. In their perception, the preceptory is shown as a dynamic activity, where the actors involved share management, assistance, knowledge, discuss clinical cases and plan nursing care. They do not apply a pre-established preceptorial model, because they are not previously instructed to perform the function. They emphasized as facilities the predisposition and the personal satisfaction in leading the resident; the motivation for constant professional updating; and stimulating the improvement of the work process. Difficulty and weaknesses: work overload; accumulation of functions; lack of incentives to preceptor; absence of teaching-service integration; and lack of pedagogical training. This study identified how these preceptor nurses perceive their preceptory work with the residents, thus revealing the experiences and problems faced in the daily of this training by the teachers, identifying the aspects that can be worked and / or improved, in order to contribute and to provide subsidies for the implementation of new residency programs, to foster discussions about the nurse practitioner's action in the training of the resident, to collaborate for the changes in the health training model, as well as to provide elements for the evaluation of the existing residency programs, improve the quality of teaching, training and management for the practice of nursing care. The preceptory needs to be understood with greater complexity by all involved. In this perspective, it is suggested a greater integration between preceptors, teaching hospitals and higher education institutions in the search for solutions to the difficulties and achievement of pedagogical training and for research. Besides the search of the category along the management of incentives to the preceptory activity. This research contributed to the beginning of the discussions about the teaching-assistance work of the preceptor nurse, as she offered a voice to expose her perceptions about the understanding of being a preceptor, the nature of the activity and its difficulties.

Keywords: Preceptorship; Education Nursing; Hospitals school; Inservice training.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	10
1 INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO II	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE NO BRASIL	17
2.2 A PRECEPTORIA	19
2.3 O PERFIL DO PRECEPTOR PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	22
CAPÍTULO III	26
3 MARCO TEÓRICO	26
3.1 COMPETÊNCIA, FORMAÇÃO DOCENTE, ENSINO E APRENDIZAGEM DE PHILIPPE PERRENOUD	26
3.2 COMPETÊNCIAS NA PROPOSTA DE VALENTE E VIANA	28
3.3 MARCO REGULATÓRIO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE.....	33
CAPÍTULO IV	36
4 DESENHO METODOLÓGICO	36
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	36
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA	37
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	38
4.4 COLETA DE DADOS	39
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	40
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA	44
4.7 RISCOS E BENEFÍCIOS	45
CAPÍTULO V	46
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	46
5.1 O PAPEL DO PRECEPTOR.....	46
5.1.1 DEFINIÇÃO DE PRECEPTOR.....	46
5.1.2 QUALIDADES DE UM BOM PRECEPTOR.....	49
5.2 EXERCENDO A FUNÇÃO DE PRECEPTOR: TRABALHO X ENSINO.....	53
5.2.1 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	53
5.2.2 PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM.....	56
5.2.3 PROCESSO DE AVALIAÇÃO.....	61
5.3 ASPECTOS RELEVANTES E DESAFIOS DO CENÁRIO DA PRECEPTORIA....	64

5.3.1 FACILIDADES.....	64
5.3.2 DIFICULDADES E FRAGILIDADES.....	71
CAPÍTULO VI.....	80
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES	95
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	96
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	98
ANEXOS	99
ANEXO A – PERFIL DE COMPETÊNCIA DO PRECEPTOR PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	100
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ICS.....	103
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HUIBB.....	106
ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HOL.....	110

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

As discussões sobre a formação dos profissionais de saúde, com vistas à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) vêm crescendo nos últimos trinta anos. Os debates são em torno do modelo de formação, de suas propostas pedagógicas, dos desafios do processo educativo e da prática profissional. Todas essas discussões visam romper com o modelo fragmentado e, ainda, biomédico, evoluindo para uma formação com vistas à integralidade e à maior articulação entre os mundos da educação e do trabalho (FERREIRA, 2007).

A partir das transformações nos cenários do ensino e da formação dos profissionais de saúde, impulsionadas pela implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação, fez-se necessário repensar as estratégias de ensino e de formação profissional; com ações que permitissem às instituições formar profissionais humanistas, críticos, reflexivos, pautados em princípios éticos, capazes de atuar no processo saúde/doença com responsabilidade social e comprometidos com estratégias que visem à promoção da saúde em seus diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2001).

As competências e habilidades expressas pelas DCNs do Curso de Graduação em Enfermagem ressaltam a busca da atenção à saúde integral, com orientações quanto à adequação do currículo às necessidades e às exigências do Sistema Único de Saúde (SANTANA *et al.*, 2005). Contudo, percebemos que, na prática, existe um paradoxo entre essas necessidades e a formação de recursos humanos para o SUS.

Na área da Enfermagem, o desafio do contexto social requer competências profissionais que implicam novos modos de *saber, fazer e ser* do enfermeiro que atua nos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção. O desenvolvimento dessas competências possibilita a ampliação da capacidade de leitura da realidade e de compreensão do processo saúde/doença como prática socialmente determinada (SANTANA *et al.*, 2005).

Assim, emerge, como necessário, corrigirmos o descompasso presente na formação dos profissionais de saúde, e repensarmos os campos de práticas e de

saberes, com a finalidade de criarmos novas estratégias para a formação de profissionais da saúde (SILVA, 2013).

Como forma de incentivar a implementação das mudanças desejadas, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), lançou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAÚDE), o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE) e o apoio às Residências Multiprofissionais em Saúde.

Em 30 de junho de 2005, foi promulgada pelo Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, a Lei nº 11.129, que instituiu a Residência em Área Profissional de Saúde e criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Dois anos depois, em 12 de janeiro de 2007, a Portaria Interministerial nº 45 foi publicada pelos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC). Em 12 de novembro de 2009, tal portaria foi substituída por outra, de nº 1.077, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

A referida legislação versa sobre a modalidade de ensino em serviço nas áreas profissionais não médicas relacionadas à saúde, como forma de consolidar uma política de fortalecimento do SUS a partir das necessidades e das realidades locais e regionais. O acompanhamento da elaboração de marcos regulatórios da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde permite observarmos a sua contemporaneidade.

As Residências em Área Profissional da Saúde e Multiprofissional em Saúde (Programas de Residência em Saúde) são modalidades de educação profissional de caráter multi- e interdisciplinar, desenvolvidas por meio de formação em serviço e constituídas a partir da tríade ensino-assistência-pesquisa. Por esse motivo, são consideradas modalidades de formação importantes e positivas, pois destinam-se a formar trabalhadores mais críticos em um conceito ampliado de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a), os Programas de Residência em Saúde (PRS) visam à transformação de práticas profissionais e assistenciais hegemônicas, por meio do ensino em serviço. Neles, enfatizam-se as atividades interdisciplinares com base na educação permanente em saúde, estruturada na problematização do processo de trabalho.

A educação permanente em saúde parte da aprendizagem significativa, que produz sentido para o trabalhador, a partir da reflexão crítica dos processos de trabalho. Ela busca a transformação das práticas de atenção à saúde (BRASIL, 2004a).

Quanto a esse aspecto, se corrobora com Mitre *et al.* (2008), ao afirmar que o grande desafio deste início de século está na perspectiva de se desenvolver a autonomia individual em íntima coalizão com o coletivo. A educação deve ser capaz de desencadear uma visão de todo, de interdependência e de transdisciplinaridade, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva. Portanto, um dos seus méritos está, justamente, na crescente tendência à busca de métodos inovadores, que admitam uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, que ultrapasse os limites do treinamento puramente técnico, para efetivamente alcançar a formação do homem como um ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação.

Neste contexto de transformação da educação na saúde, a questão da preceptoria tem importância fundamental e surge como uma das dimensões que demanda construção e aprendizagem, na perspectiva de fortalecer a formação de residentes em saúde em consonância aos princípios do SUS e coadunada às demandas sociais. A possibilidade de o SUS se tornar “escola” traz o desafio de repensar a organização dos cursos de graduação e de pós-graduação na saúde, além dos processos educacionais que ocorrem nesse cenário.

O papel de preceptor vem ganhando notoriedade, principalmente nos cenários da formação de recursos humanos em saúde no Brasil. Dentro de seu contexto de trabalho, os profissionais de saúde que exercem a função de preceptoria e que já são vinculados aos serviços de saúde recebem estudantes de diversos programas educacionais, como alunos de graduação e/ou de pós-graduação.

O preceptor é definido por Botti e Rego (2008) como uma pessoa que ensina, aconselha e inspira, serve de modelo e apoia o crescimento e o desenvolvimento de um indivíduo por uma quantidade de tempo fixa e limitada, com o propósito específico de socializar o educando em seu novo papel. Esta definição vem ao encontro do que é apresentado neste trabalho de pesquisa: o enfermeiro que, na prática, instrui, orienta e supervisiona o residente de enfermagem.

Sobre as funções desse profissional, Trajman *et al.* (2009) afirmam que são as seguintes: extrair a possibilidade de superar obstáculos, construir alternativas de

solução das situações complexas e contraditórias de seu exercício profissional diário, exercer estratégias educativas que favoreçam uma atitude reflexiva e emancipadora, ter a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho e ajudar o profissional em formação a desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas cotidianos da atenção à saúde.

Pela natureza e extensão das relações desenvolvidas entre os preceptores e os novos profissionais, o preceptor pode ter, além da função de ensinar, as de aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento de profissionais menos experientes. Muitas vezes, os preceptores servem de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal de recém-graduados e, ainda, auxiliam na formação ética de novos profissionais durante um determinado período de tempo, funções típicas de um mentor (BOTTI; REGO, 2008).

Na condição de enfermeiro, o autor deste estudo participou desse contexto como discente de pós-graduação em um curso de especialização em enfermagem em Centro de Terapia Intensiva nos moldes de residência de enfermagem, operacionalizado por um hospital-escola de Belém em parceria com uma instituição de ensino superior (IES) estadual. Nesse cenário, observou-se que, diferente do que foi discutido em Trajman *et al.* (2009), os enfermeiros preceptores demonstravam uma concepção de educação fortemente marcada pela pedagogia tradicional, direcionada à transmissão de conteúdo, centrada no conhecimento do professor e enfatizada pelo ensino de técnicas e de rotinas de serviços.

A experiência do autor como residente mostrou que a realidade do cotidiano profissional desses enfermeiros preceptores obedece ao ritmo da clínica e/ou das unidades em que estão lotados. No caso da preceptoria, o recurso primordial ainda é o da demonstração e o da repetição de técnicas. Devido à falta de condições e oportunidades de estudo e planejamento das atividades acadêmicas dos programas de residência, o cotidiano se desenvolve a partir de desafios com que esses enfermeiros preceptores se deparam no dia a dia.

Observou-se, também, que as estratégias de transmissão do conhecimento da prática clínica e do cuidado circundavam, com predominância, em torno do enfermeiro preceptor, em que o residente observava o profissional mais experiente, receptivo, que compartilhava experiências, interações e aproximações que favoreciam a aprendizagem.

Foi percebido pelo autor deste estudo que, assim conduzido, o processo de ensino-aprendizagem, que deveria ser especializado, ficava irregular, descontínuo e em muitas ocasiões não reflexivo, por conta da deficiência de habilidades didático-pedagógicas e dos diferentes papéis que o enfermeiro preceptor exercia dentro de um mesmo local.

Quanto ao papel da preceptoria na qualidade da formação profissional, destacam-se a formação e a experiência profissional do preceptor. Entende-se que esse profissional estará mais apto a desenvolver o seu papel como educador em saúde quanto maior for sua bagagem de conhecimento teórico e de experiência, além do domínio de habilidades pedagógicas para operacionalizar o ensino.

Assim, a partir da vivência do pesquisador como enfermeiro residente e da conclusão do curso de especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS, oferecido pelo Ministério da Saúde em parceria com Hospital Sírio Libanês, que, por meio de uma perspectiva construtivista, o estimulou a aprofundar, de maneira crítica e reflexiva, o conhecimento cientificamente produzido em relação à formação de profissionais de saúde, surgiram inquietações em torno da atuação do enfermeiro que exerce a função de preceptor no contexto dos programas de residência em saúde em hospitais-escola de Belém.

Foram essas experiências e reflexões que levaram o pesquisador a realizar este estudo, junto aos programas de residência em saúde de hospitais-escola de Belém para, assim, evidenciar o cotidiano dos enfermeiros que exercem a preceptoria, as práticas de saúde e de ensino-aprendizagem nesse cenário de formação. Diante do exposto, visando responder à problemática apresentada, traz-se a seguinte questão de pesquisa: *Como os enfermeiros preceptores, de programas de residência em saúde de hospitais-escola de Belém percebem a sua atuação de preceptoria junto aos residentes?*

Alicerçado em tais perspectivas, o objetivo do estudo é: *Descrever a percepção de enfermeiros preceptores de programas de residência em saúde de hospitais-escola de Belém, sobre sua atuação e o trabalho docente-assistencial.*

Vale lembrar que os programas de residência em saúde em nossa região não são recentes, porém os estudos da natureza do proposto ainda não foram realizados com profissionais enfermeiros. Desse modo, o presente estudo justifica-se por seu ineditismo na região, além de permitir revelar as experiências e problemáticas

enfrentadas no cotidiano desta formação pelos enfermeiros preceptores, identificando os aspectos que podem ser trabalhados e/ou aperfeiçoados.

É nesse contexto que, com o resultado desta pesquisa, pretende-se contribuir e fomentar discussões acerca da atuação do enfermeiro preceptor na formação do residente de enfermagem, colaborar para as mudanças no modelo de formação em saúde vigente no cenário estudado, bem como viabilizar elementos para avaliação dos programas de residência já existentes, o que vai ao encontro do que é proposto pela linha de pesquisa na qual esta pesquisa se ancora, haja vista que vislumbra-se, a partir dos resultados deste estudo, melhorar a qualidade do ensino, da formação e da gestão para a práxis do cuidado de enfermagem.

CAPÍTULO II

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura desta pesquisa ocorreu por meio de uma busca aos estudos já realizados, bem como nas políticas públicas voltadas para a temática em questão, preparando o leitor para vir a conhecer mais a fundo o surgimento dos programas de residência em saúde e a atividade de preceptoria, descritos em estudos já realizados e publicados.

A pesquisa pelos artigos científicos foi realizada por meio de busca nas publicações de periódicos nacionais e internacionais indexados entre os anos de 2005 e 2015. Esta busca ocorreu por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), além do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Banco de Teses e Dissertações de Programas de Pós-Graduação reconhecidos pela CAPES e livros que tratam sobre a temática em questão. As estratégias de busca consistiram no uso dos seguintes descritores: Enfermagem, Educação em Enfermagem, Hospitais de Ensino, Preceptoria, Internato Não Médico.

Portanto, para aprofundamento sobre a temática deste estudo apresenta-se uma Revisão Narrativa da Literatura que compreende os seguintes eixos temáticos: Os Programas de Residência em Saúde no Brasil; A Preceptoria; e O Perfil do Preceptor para o Sistema Único de Saúde. Ao escrever essa narrativa, não houve uma preocupação do autor com a quantidade de ideias, nem com caráter normativo, que admita as convergências e divergências das ideias dos estudiosos citados. Sendo assim, buscou-se estabelecer um diálogo com o leitor sobre a temática deste estudo.

2.1 OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE NO BRASIL

Como dito anteriormente, na introdução deste trabalho, a residência em saúde emerge como uma modalidade de ensino em serviço que possibilita a aquisição de conhecimentos e habilidades em um processo de ensino-aprendizagem que se materializa no contexto dos serviços de saúde. A experiência mais antiga e estruturada de formação de profissionais de saúde em serviço é a Residência Médica, sobre a qual existem inúmeros estudos publicados. No âmbito dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, ou seja, não médica, notou-se que a Residência em Enfermagem é muito mais recente, enquanto que as demais profissões da área da saúde, antes do surgimento do marco legal dos Programas de Residência Multiprofissional, desenvolviam a formação em serviço de forma muito pontual e incipiente.

O início da Residência Médica como estratégia de formação de recursos humanos na área médica ocorreu nos Estados Unidos em meados do século XIX, com ênfase no ensino clínico no ambiente hospitalar (FEUERWERKER, 2002).

Em 1945 surge a primeira Residência Médica no Brasil, mas especificamente no Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo, na área de ortopedia. Três anos mais tarde, em 1948, criou-se a Residência no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, com os Programas de Residência Médica em Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia. Trinta anos depois, as Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde começam a surgir no cenário nacional (FERREIRA, 2007).

Em 1976, foi criada a primeira Residência em Medicina Comunitária pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em sua Unidade Sanitária denominada São José do Murialdo, localizada em Porto Alegre, com a proposta de formar profissionais com uma visão integrada entre saúde clínica, mental e pública, com perfil humanista e crítico e com competência para resolver as necessidades de saúde da comunidade (Brasil, 2006). Inicialmente, a Residência destinava-se à formação exclusiva de médicos, mas, como havia uma preocupação essencial com a educação em saúde e com o trabalho interdisciplinar, esta se transformou em multiprofissional em 1978.

Na área da enfermagem, merece destaque o surgimento, em 1961, no contexto da Residência Médica do Hospital Infantil do Morumbi, da Fundação da

Legião Brasileira de Assistência – Seção de São Paulo, de um projeto de especialização com a finalidade de aperfeiçoamento em enfermagem pediátrica, sem eliminar o aprofundamento de conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de pesquisas na área, sendo considerada a primeira Residência de Enfermagem do Brasil (SILVA, 2011).

Desde a década de 70, a Enfermagem discute Residência como um modelo de formação, em decorrência do Plano Nacional de Pós-Graduação instituído pelo MEC, com a criação dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem e a partir das necessidades de capacitação técnica das enfermeiras de campo. O enfoque da Residência em Enfermagem está centrado nas necessidades hospitalares, sobretudo em grandes centros, onde a assistência à saúde apresenta maior complexidade tecnológica, o que torna necessária a especialização (NASCIMENTO, 2008).

A primeira experiência no Estado do Pará de criação de um programa nos moldes da residência médica para profissionais enfermeiros aconteceu no âmbito do antigo Hospital Barros Barreto, hoje Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), inaugurado oficialmente em 6 de janeiro de 1957, como sanatório, por fazer parte de programa de hospitalização de portadores de tuberculose do Ministério da Educação e Saúde. O Programa de Residência em Enfermagem em Saúde Pública da referida instituição teve início no ano de 1977 e vigorou até 1983. O programa era estruturado com uma carga horária total de 2.737 horas, das quais 585 eram destinadas a atividades teórico-práticas, sendo as demais destinadas ao treinamento em serviço (SILVA, 2011).

Em âmbito nacional o Ministério da Saúde vem apoiando e investindo, desde 2002, na criação e implantação de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Nesse mesmo ano, foram, então, implantados dezenove programas de Residência em Saúde em todo o país, com o objetivo de fortalecer o trabalho integrado entre todas as profissões da área de saúde (BRASIL, 2006).

É notório que os Programas de Residência em Saúde despontam, no cenário atual, como uma grande possibilidade de mudança ao modelo de formação em saúde historicamente vigente no Brasil, no momento em que apresentam características que corroboram para essa transformação, a saber:

- 1) Foco no trabalho em equipe multidisciplinar, respeitando-se as especificidades de cada profissão e incentivando a interação entre elas;
- 2) Uso de metodologias pedagógicas inovadoras e centradas no educando;
- 3) Atenção aos problemas de ordem prioritárias tanto no cenário nacional, quanto local;
- 4) Reorientação das pesquisas acadêmicas, de forma a

responder às necessidades locais, regionais ou nacionais; 5) Diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem; 6) Articulação constante com sistema de saúde local; 7) Valorização de atitudes éticas e humanísticas (GIOVANELLA, 2012, p. 895).

Concorda-se com Dallegrave e Kruse (2009) ao reconhecerem que os programas de residência em saúde buscam ocupar seu espaço na sociedade, moldando-se aos requisitos exigidos pelas corporações profissionais, contrapondo-se à conjuntura hegemônica da formação de profissionais da saúde, além de suprir as necessidades do SUS em áreas de especialidades consideradas prioritárias.

Desse modo, para além do reconhecimento e da titulação atribuída por essa modalidade de formação, torna-se imprescindível garantir a qualidade do ensino-aprendizagem, o exercício da interdisciplinaridade e o desenvolvimento de um novo perfil profissional mais engajado e envolvido com as políticas de saúde e com a resolutividade dos problemas de saúde da população.

2.2 A PRECEPTORIA

As atividades que norteiam os programas de residência em saúde, quase que em sua totalidade, se desenvolvem em torno de três protagonistas: o paciente, o residente e o preceptor. O primeiro como objeto de estudo e de razão de todo o treinamento em serviço proposto; o segundo como aquele que busca aprender e desenvolver habilidades, competência técnica e intelectual que o capacitem para o exercício da atividade profissional com excelência; e o terceiro como o maestro desse processo, responsável pelo preparo profissional, ético e humanista do residente, mas também pela supervisão no atendimento prestado ao paciente (RIBEIRO, 2011).

A palavra *preceptor* vem do latim *praecipio*, que significa mandar nos que lhe são inferiores. Atualmente preceptor significa aquele que orienta, que oferece suporte, que ensina e compartilha experiências e que melhora a competência clínica do recém-graduado para se adaptar ao exercício da profissão, cabendo a este profissional criar condições favoráveis para que as mudanças cotidianas no exercício da profissão sejam implementadas de maneira satisfatória durante o processo de formação (BOTTI; REGO, 2008).

A preceptoria constitui uma importante atividade para a formação do futuro profissional e/ou do recém-graduado, o que facilita a sua transição entre aluno de

curso de pós-graduação e de sua prática profissional. A função do preceptor deve ser, então, ressaltada e os seus atributos devem ser motivo de discussão e de reflexão, no sentido de atender às necessidades e aos anseios dos residentes (MISSAKA; RIBEIRO, 2011).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005d), a preceptoria consiste na função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e, no mínimo, três anos de experiência em área de aperfeiçoamento, ou especialidade, ou titulação acadêmica de especialização ou de residência, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, respectivamente em aperfeiçoamento, em especialização, em estágio ou em vivência de graduação ou de extensão.

O preceptor, além de exercer uma função docente, acumula a função assistencial, gerencial e institucional; com o exercício concomitantemente dessas tarefas. Como docente, o seu saber específico (relacionado à sua área de formação) e sua competência/habilidade técnica não são suficientes para possibilitar uma prática de ensino de qualidade, sendo indispensável a sua imersão no universo das práticas pedagógicas (ROCHA, 2012).

As atividades de preceptoria em saúde consistem em uma prática pedagógica que ocorre no ambiente de trabalho e formação profissional, no momento do exercício da prática clínica diária, conduzida por profissionais da assistência, com cargo de professor ou não, com o objetivo de construir e transmitir conhecimentos relativos a cada área de atuação, bem como auxiliar na formação ética e moral dos educandos, estimulando-os a atuarem no processo saúde-doença-cuidado, em seus diferentes níveis de atenção, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania (BOTTI & REGO, 2008; MISSAKA; RIBEIRO, 2011).

O preceptor, ao mesmo tempo que presta assistência aos usuários do serviço, precisa estar atento às oportunidades educativas que a assistência oferece (RIBEIRO, 2011). A mesma autora afirma, ainda, que é desejável que o preceptor esteja apto a planejar estratégias capazes de permitir aos estudantes articular conteúdos teóricos com a prática, superar lacunas do conhecimento, assumir responsabilidade com o serviço, e comprometer-se com o paciente.

Deve-se ter em mente que o preceptor é aquele profissional que se encontra na prática, no cotidiano do trabalho, sem esquecer que seu compromisso vai além do cuidado aos pacientes. Compete-lhe, também, o papel de mediador e facilitador do processo de formação do recém-graduado, compartilhando a responsabilidade pelo desenvolvimento do conhecimento, o que remonta à Freire (2013), visto que nesse processo ele também aprende, pois ninguém educa ninguém ou educa a si mesmo, os homens se educam nas relações estabelecidas entre si e o mundo, lembrando, ainda Tardiff e Lessard (2008), quando afirmam que a docência é uma profissão de interações.

Do ponto de vista didático, é necessário que o ensino seja centrado no estudante e em sua aprendizagem. Ele deve ser visto como o protagonista na construção do seu próprio conhecimento. É preciso lembrar que ele tem autonomia e capacidade para procurar a informação desejada e aprender com ela (GIOVANELLA, 2012).

Na visão de Trajman (2009), a formação de um preceptor deve ser vista como uma prioridade nas instituições de ensino, tanto no que se refere à sua atualização profissional quanto às suas funções de ensino. Tal assertiva vem ao encontro do que propõe Giovanella (2012) quando adverte que a resolução dos problemas pedagógicos depende da valorização das atividades de ensino, da exigência de capacitação didática e da oferta desse tipo de capacitação aos educadores.

Ribeiro (2011) considera que ser preceptor hoje é saber renovar, reconstruir, refazer a profissão. É deparar-se com o desafio do domínio de conteúdos que se desatualizam em velocidade assustadora e necessitam de atualização permanente

Os profissionais de saúde envolvidos na preceptoria devem receber a capacitação didático-pedagógica, com estímulo ao compromisso, à conscientização, à sensibilidade, ao vínculo e à permanência nesta atividade (TAVEIRA; CAVALCANTI, 2007).

Na prática, entretanto, se observa o contrário: os preceptores, assim como a grande maioria dos docentes universitários, dominam os *saberes profissionais*, o que é essencial para qualquer tipo de formação, mas não dominam os *saberes pedagógicos*, aqueles necessários para a organização de ações formativas, tais como os diferentes processos de ensino-aprendizagem e as diferentes modalidades de avaliação. Atuando de maneira intuitiva, reproduzem modelos de formação pelos

quais passaram quando alunos, com a confusão de que o ensino seja apenas a transmissão de informação (MISSAKA, 2011).

Considerando que o professor é aquele que se encontra em uma situação de ensino-aprendizagem, seja ela formal ou não, Ribeiro e Prado (2013) são a favor da ideia de que o profissional de saúde inserido no campo do trabalho, ao se tornar preceptor em um programa de residência em saúde, assume a função de educador e, para tal ação, requer desenvolver em si um repertório de conhecimentos para o exercício da prática educacional.

No cenário fértil das residências em saúde, Ribeiro e Prado (2013) orientam que precisamos pensar a preceptoria, repensar a prática e o ensino. Faz-se, dessa forma, necessária uma aproximação maior entre os campos da prática (serviço) e da teoria (ensino), em que todos os envolvidos nesse cenário constituam uma equipe integrada na formação do profissional para o SUS. Destacam o papel do preceptor, visto que nesse contexto a fundamentação científica e o conhecimento pedagógico são imprescindíveis para que esse profissional possa aplicar no cotidiano do seu trabalho seus saberes, vislumbrando, assim, a transformação do ambiente do cuidado em um profícuo espaço de múltiplas aprendizagens, de maneira que o conhecimento seja a todo instante construído e aprimorado.

2.3 O PERFIL DO PRECEPTOR PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Caso consideremos a ampliação em escala de novas vagas em cursos de graduação na área da saúde e a importância da inserção desses graduandos e de pós-graduandos nos cenários do SUS, chegaremos à conclusão de que a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde na área de educação tornou-se uma prioridade, visando maior aproximação entre os mundos do ensino e do trabalho; uma vez que, na realidade atual, os preceptores em exercício são, em geral, profissionais com especialização na área da saúde, formados por um modelo biomédico e por um currículo tradicional, com pouco ou quase nenhum conhecimento na área da educação (BRASIL, 2012).

Como já ressaltado anteriormente, a preceptoria tem um importante papel no processo de ensino e de aprendizagem, uma vez que facilita o contato do residente com o cenário de prática real no SUS, de maneira que as atividades educacionais possam estar voltadas ao desenvolvimento de um perfil ancorado na integralidade do

cuidado e na equidade da atenção, supervisionadas pelos preceptores nos diversos cenários de assistência à saúde.

Sendo assim, aos preceptores compete eleger estratégias apropriadas que incitem uma transformação nesses estudantes, com a ampliação de suas capacidades de compreensão e reflexão no cenário do SUS no qual estejam inseridos.

Encontramos algumas investigações que tentam construir um perfil para esse preceptor/educador que atua e recebe estudantes no contexto do SUS:

a) Rodrigues (2012), em estudo realizado com 66 preceptores, identificou 43 competências, catalogadas em nove áreas de domínio, das quais destacamos sete: educacional, valores profissionais, gerência, atenção à saúde, trabalho em equipe, comunicação e desenvolvimento profissional. Com ênfase no desenvolvimento de habilidades de cunho pedagógico, o autor defende que os preceptores necessitam de capacitação.

b) Barreto (2011), por meio de diretrizes, apresenta, em sua pesquisa, uma orientação teórica e prática do que se espera do preceptor que atua na atenção primária. Dessa maneira, o autor destaca que, para pensar no processo ensino-aprendizagem em sua prática diária, o educador deve ter saberes sobre: a concepção de conhecimento; relação preceptor-educando; relação teoria-prática; relação ensino-pesquisa-trabalho; avaliação; inserção político-social da aprendizagem; interdisciplinaridade e pactuação interinstitucional.

O art.14 da Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, define as seguintes competências para o preceptor dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde:

- I - Exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;
- II - Orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP;
- III - Elaborar, com suporte do(s) tutor(es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;
- IV - Facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;
- V - Participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção

voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;

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

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

IX - Proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral;

X - Participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

VI - Orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU, respeitada a exigência mínima de titulação de mestre (BRASIL, 2012).

A construção da identidade do preceptor numa rede escola passa pela valorização da preceptoria e pela definição de um perfil de competência que articule Gestão, Atenção à Saúde e Educação. Para isso, é indispensável um conjunto de capacidades necessárias ao exercício da prática da preceptoria. Segundo Oliveira *et al.* (2014, p. 19), esse novo perfil de preceptor deve:

1) promover a articulação do trabalho e da educação, com a participação em iniciativas de mudanças nas práticas educativas e de cuidado, orientadas às necessidades de saúde da população;

2) orientar a organização de práticas voltadas à construção de um cuidado integral, eficiente, efetivo e seguro, pautado por garantia de acesso, por continuidade, por equidade e por qualidade da atenção à saúde, especialmente por meio da aplicação de ferramentas e dispositivos da gestão da clínica;

3) facilitar processos de aprendizagem, promovendo o pensamento crítico e reflexivo do educando, mostrando responsabilidade, tolerância e comprometendo-se com a educação como forma de intervenção no mundo e de transformação da realidade;

4) desenvolver ações educacionais ancoradas - a partir da identificação de necessidades de aprendizagem da equipe, do educando e do próprio educador – nas teorias interacionistas da aprendizagem, na metodologia científica e na dialogia. (OLIVEIRA, *et al.* 2014. p. 19)

A competência deve ser entendida como sendo a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional, em diferentes contextos. Assim, a combinação das capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras, mobilizadas para a realização de uma ação, foi traduzida em desempenhos que refletem a qualidade de uma prática educativa competente nos cenários do SUS (OLIVEIRA, 2014).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e Oliveira (2014) o perfil de competência do preceptor do SUS está representado pela articulação de três áreas de competência (ANEXO A):

1) Área de Competência de Saúde – Atenção à Saúde: Nessa área, cabe ao preceptor focalizar a atenção à saúde nas necessidades individuais e coletivas, favorecendo a investigação de problemas de saúde e promovendo a construção de um cuidado integral; e acompanhar e avaliar a atenção à saúde individual e coletiva;

2) Área de Competência de Gestão – Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: O preceptor deve promover o desenvolvimento do trabalho e da educação na saúde, identificando problemas do trabalho para orientar as práticas de educação na saúde, sugerindo, articulando e participando das resoluções para os mesmos; e acompanhar e avaliar o desenvolvimento articulado do trabalho e da educação na saúde;

3) Área de Competência de Educação – Formação Profissional e Produção de Conhecimento na Saúde: Nessa área, é esperado do preceptor que seja capaz de promover o desenvolvimento do trabalho e da educação na saúde; desenvolver ações educacionais e facilitar os processos de ensino-aprendizagem; acompanhar e avaliar os processos educacionais; e apoiar a produção de novos conhecimentos.

O modelo biomédico, estruturado durante o século XX com base no “paradigma flexneriano” é uma abordagem a ser superada, em função da concepção mecanicista do processo saúde/doença, do reducionismo aos fatores biológicos da causalidade do adoecimento, do foco na doença e no indivíduo e da hegemonia dos serviços de saúde hospitalares, como *locus* privilegiado do ensino e do cuidado em saúde. Em grande parte, os modelos tradicionais de ensino e de organização do trabalho em saúde refletem uma excessiva fragmentação dos saberes, compartimentalização do trabalho dos diferentes profissionais e verticalização dos processos de gestão (OLIVEIRA, 2014).

A proposta do Ministério da Saúde para a formação de preceptores para o SUS articula o desenvolvimento de capacidades nas áreas de atenção à saúde, gestão do trabalho em saúde e educação na saúde e confirma um novo perfil de competência. Acreditamos que, por meio desse novo perfil, são tensionados os modelos hegemônicos de atenção à saúde e de educação na saúde e apontados modelos alternativos, focados na melhoria da qualidade de formação e de atenção à saúde.

CAPÍTULO III

3 MARCO TEÓRICO

O marco teórico escolhido para fundamentar este estudo tem base no marco regulatório (legislação) dos programas de residência em saúde no Brasil e em Philippe Perrenoud. Nascido em 1954 na Suíça, ele é doutor em Sociologia e Antropologia, professor da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Genebra das áreas de currículo escolar, práticas pedagógicas e instituições de formação e, com suas significativas concepções sobre formação docente, ensino e aprendizagem, traz contribuições para as reflexões e o debate sobre a formação continuada docente, com foco nas competências profissionais.

Apesar de o trabalho de Perrenoud ter sido desenvolvido com foco na formação de professores da educação básica, este estudo tomará como base suas concepções aplicadas ao ensino superior, a partir da contribuição de Valente e Viana (2011).

3.1 COMPETÊNCIA, FORMAÇÃO DOCENTE, ENSINO E APRENDIZAGEM DE PHILIPPE PERRENOUD

Para Perrenoud (2000) o conceito de competência merece longas discussões, tanto no mundo do trabalho e da formação profissional quanto nos ambientes de formação. Uma definição inicial deste conceito é a capacidade de mobilizar um conjunto de mecanismos cognitivos para resolver com pertinência e eficácia diversas situações, sendo a escola o agente principal na formação de tal competência. Logo, o ambiente de ensino deve ser curioso, estimulante e desafiador.

O ambiente de ensino na formação do cidadão não deve se configurar apenas no repasse de conteúdos, mas prepará-lo para uma vida em sociedade com todos os prós e contras que esta pode vir a oferecer.

Corroboramos com o autor, quando afirma que é possível notar, na formação inicial básica, que o ambiente de ensino, neste caso a escola, se preocupa apenas com objetivos distintos como ler, escrever, contar, deixando de lado muitas vezes o raciocínio, a lógica. É preciso desenvolver competências a partir da análise de

situações de ação, favorecendo e derivando conhecimentos, ou seja, ensinar aos educandos a resolver situações complexas do cotidiano, não apenas transmitindo conhecimentos. É necessário trabalhar situações reais através de projetos, problemas que venham a desenvolver as competências dos educandos (PERRENOUD, 2000).

É por meio do desenvolvimento de tarefas complexas que o educando sente a necessidade de pensar, mobilizar seus conhecimentos, e complementá-lo no encargo de solucionar problemáticas e tarefas desafiadoras. Ressaltamos que o educador tem um papel de destaque na formação, pois por meio das metodologias aplicadas ele quantificará e aprimorará o educando, a fim de obter resultados satisfatórios (PERRENOUD, 2000).

No livro “10 Novas Competências para Ensinar” (2000), Philippe Perrenoud convida o professor a sair de sua zona de conforto, instigando-o à realização de uma prática reflexiva de seu processo de ensino-aprendizagem, trazendo o foco para o envolvimento ativo dos educandos nas atividades, os mantendo interessados e motivados a concluir a sua trajetória escolar de forma consciente e participativa, deixando de lado o educando mero receptor de informações, para despertar e incentivar esse indivíduo na realização e criação dos seus projetos pessoais, quebrando a monotonia pré-existente no ambiente escolar, tornando o ambiente mais atrativo ao aprendizado e crescimento do educando.

Tal referencial de competências, segundo o próprio autor, representa mais um horizonte do que um conhecimento consolidado, constituindo-se num fio condutor para construir uma representação coerente do ofício de professor e sua evolução, não tendo por objetivo relatar as competências do professor médio da atualidade, mas sim descrever um futuro possível e desejável da profissão.

Nessa perspectiva, Perrenoud (2000) propõe um inventário de 10 competências que contribuem para redelinear o ofício docente, enfatizando não se tratar de um referencial definitivo e, muito menos, exaustivo, justamente por refletir, de alguma forma, suas ideologias. A saber:

Quadro 01 – 10 Novas Competências Para Ensinar

Competências Profissionais Para Ensinar	
1. Organizar e dirigir situações de aprendizagem.	6. Participar da administração da escola.
2. Administrar a progressão das aprendizagens.	7. Informar e envolver os pais.
3. Conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação.	8. Utilizar novas tecnologias.
4. Envolver os alunos em suas aprendizagens e em seu trabalho.	9. Enfrentar os deveres e os dilemas éticos da profissão.
5. Trabalhar em equipe.	10. Administrar a sua própria formação contínua.

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Perrenoud (2000).

3.2 COMPETÊNCIAS NA PROPOSTA DE VALENTE E VIANA

Tendo em vista que as 10 novas competências para ensinar de Perrenoud foram concebidas com foco nos docentes do ensino básico, optou-se por trabalhar nesta dissertação oito competências, visto que são as que melhor se adaptam ao cotidiano de trabalho do enfermeiro preceptor.

As oito competências listadas a seguir foram adaptadas por Valente e Viana (2011), que são pesquisadoras na área de saúde, ensino e educação por competências em enfermagem. Sustentadas nas ideias de Libâneo (2001) e com base em Perrenoud (2000), as autoras adaptaram tais competências à realidade do ensino superior:

1. Organizar e Dirigir Situações de Aprendizagem:

O bom docente é um especialista em aprendizagem, e não apenas um informante de conteúdos, pois reconhece os meios para propiciá-la, com adaptações à disciplina ministrada, ao nível dos educandos e às condições ambientais de que dispõe. Esse especialista deve estar atento a alguns procedimentos gerenciais:

a) Ser muito bom na seleção dos conteúdos a serem ensinados, pois estes devem estar de acordo com os objetivos da aprendizagem;

- b) Trabalhar a partir das representações de educandos, de erros e de obstáculos da aprendizagem;
- c) Construir e planejar dispositivos e sequências didáticas;
- d) Envolver os educandos em atividades de pesquisa, em projetos de conhecimento.

2. Administrar a Progressão das Aprendizagens:

Na maioria das vezes, a mudança que o docente implanta no decorrer do ano letivo se dá apenas em relação ao conteúdo que ministra, esquecendo-se de que o educando muda a toda hora, a cada dia. Para que ele tenha a sensibilidade de perceber essas transformações vividas pelo educando, é necessário que desenvolva em sua ação as seguintes competências:

- a) Criar e administrar situações-problema ajustadas ao nível e possibilidades dos educandos;
- b) Adquirir uma visão longitudinal dos objetivos de ensino;
- c) Estabelecer laços com as teorias subjacentes às atividades de aprendizagem;
- d) Observar e avaliar os educandos, tendo em mente sua formação;
- e) Fazer permanente balanço de competências e tomar decisões de progressão.

3. Conceber e Fazer Evoluir os Dispositivos de Diferenciação:

O modelo escolar vigente impõe, de forma ditatorial, a educandos diferentes, com dificuldades diferentes, com níveis de aprendizagem diferentes, aulas rigorosamente iguais, provas idênticas e critérios de aprovação e retenção uniformizados.

Atualmente, se faz necessária a busca por um ensino em que as aulas se organizem de forma diferente da usual, com a criação de novos espaços de formação e de avaliação, de modo que cada educando vivencie, tanto quanto possível, situações ótimas de aprendizagem.

Para isso, é preciso pensar em três competências:

- a) Ampliar a gestão de classe, com o foco no trabalho com a heterogeneidade;
- b) Fornecer apoio integrado (multidisciplinaridade);

- c) Desenvolver a cooperação entre os educandos.

4. Envolver os Educandos na Aprendizagem, e, portanto, na sua Compreensão de Mundo:

Um indivíduo não vai à escola apenas para aprender. Na maior parte das vezes, não quer aprender, odeia assistir aula ou fazer atividades. Acha chato estudar, mas a obrigatoriedade da escola não admite objeções e o docente tem que administrar sua aula para os que querem e para os que não querem aprender. Nasce aí uma das mais difíceis e complexas competências do ofício docente: motivar os alunos e fazê-los gostar de aprender.

A partir dos estudos de Perrenoud, Valente e Viana (2011) apresentam algumas sugestões, não infalíveis, de como implantar essa competência:

- a) Entusiasmar-se pelo que se ensina, suscitar no aluno o desejo de aprender;
- b) Explicitar a relação entre a aprendizagem e o saber, organizar as etapas que se busca desenvolver, convidar o educando ao desafiante jogo da transformação e antecipar a alegria em suas conquistas;
- c) Organizar um conselho de alunos, transformá-los em agentes de um processo e não meros receptores de conteúdos e habilidades;
- d) Oferecer estratégias diferentes e atividades opcionais.

5. Aprender e Ensinar a Trabalhar Junto e a Trabalhar com Equipes:

Trabalhar verdadeiramente em conjunto com os demais docentes e ensinar os educandos a trabalhar e a aprender em equipes se torna uma necessidade imperiosa pela evolução do ofício do educador de maneira geral.

Uma competência a se trabalhar no ensino é ensinar os educandos como trabalharem juntos e aprender, com nossos colegas de ofício docente, como efetivamente formar uma equipe de educadores. Para que esta competência se estruture, faz-se necessário:

- a) Elaborar projetos pedagógicos verdadeiramente em equipe;
- b) Buscar referências para entender como funciona a 'dinâmica dos grupos', como se aprende a conduzir reuniões, exercitar essas tarefas em encontros com a equipe docente e ensinar nossos alunos a empreendê-las;
- c) Analisar em conjunto situações complexas e confiar na equipe para administrar crises de relacionamentos interpessoais.

6. Dominar e Fazer Uso de Novas Tecnologias:

É impossível não admitir que a tecnologia tenha invadido a nossa vida cotidiana e que, nos tempos de agora, saber operar um computador e suas linguagens é tão importante quanto saber cozinhar ou saber dirigir um automóvel.

Conforme afirma Perrenoud (2000), a escola não pode ignorar o que se passa no mundo e as tecnologias de informação e de comunicação nos impuseram novas formas de nos relacionarmos com as pessoas e de pensar o nosso cotidiano. É essencial assumirmos que os momentos são outros e que entre as competências essenciais de um docente se incluem, com destaque, as vinculadas às novas tecnologias, com a exploração de potencialidades didáticas de diferentes recursos disponíveis.

7. Vivenciar e Superar os Conflitos Éticos da Profissão:

São competências difíceis, no entanto, é necessário buscá-las, com o desenvolvimento destas quatro competências em classe:

- a) Prevenir qualquer tipo de violência;
- b) Lutar contra todas as formas de preconceito e discriminação;
- c) Participar da criação de regras de conduta quanto à disciplina e à comunicação;
- d) Desenvolver a consciência de sua profissão e o sentimento de responsabilidade, solidariedade e justiça.

8. Administrar sua Própria Formação e Enriquecimento Contínuo:

Houve um tempo em que bastava ao docente conhecer os conteúdos da disciplina que ensinava e nada mais. Mesmo assim, nesses tempos, os conteúdos eram mais duráveis e não se vivia o frenesi de mudanças que novas descobertas trazem e que a Internet populariza.

Assim, para o docente do século XXI, a educação permanente constitui verdade que não se desafia. Como destaca Perrenoud (2000), ao dizer que uma vez constituída nenhuma competência permanece adquirida por simples inércia. Para o teórico, as competências não são pedras preciosas que se guardam em um cofre, intactas, à espera do dia em que se precisasse delas. Esta última competência deixa clara a necessidade de o docente enriquecer seu conhecimento e manter-se

atualizado, continuamente, sob pena de não conseguir acompanhar as mudanças que surgem a todo momento na educação.

Para melhor visualização, o Quadro 02 ilustra as 10 competências para ensinar concebidas por Perrenoud (2000) e as oito competências propostas por Valente e Vianna (2011), adaptadas (com base em Perrenoud) para a realidade do ensino superior:

Quadro 02 – Competências para Ensinar: Perrenoud vs. Valente e Viana

Perrenoud	Valente e Viana
1. Organizar e dirigir situações de aprendizagem.	1. Organizar e dirigir situações de aprendizagem.
2. Administrar a progressão das aprendizagens.	2. Administrar a progressão das aprendizagens.
3. Conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação.	3. Conceber e fazer Evoluir os dispositivos de diferenciação.
4. Envolver os alunos em suas aprendizagens e em seu trabalho.	4. Envolver os educandos na aprendizagem, e, portanto, na sua compreensão de mundo.
5. Trabalhar em equipe.	5. Aprender e ensinar a trabalhar junto e a trabalhar com equipes.
6. Participar da administração da escola.	6. Dominar e fazer uso de novas tecnologias.
7. Informar e envolver os pais.	7. Vivenciar e superar os conflitos éticos da profissão.
8. Utilizar novas tecnologias.	8. Administrar sua própria formação e enriquecimento contínuo.
9. Enfrentar os deveres e os dilemas éticos da profissão.	
10. Administrar a sua própria formação contínua.	

Fonte: Elaborado pelo autor com base em Perrenoud (2000); e Valente e Viana (2011).

3.3 MARCO REGULATÓRIO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e também o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) foram criados pelo Ministério da Saúde, em 2003, com o intuito de ordenar a formação de trabalhadores para a saúde. Uma das estratégias do Departamento foi tornar a Residência em Saúde um projeto nacional, com o propósito de considerar o trabalhador como sujeito dos processos de gestão, formação, atenção e participação social, com foco no usuário e em suas necessidades, em oposição às práticas centradas no fazer exclusivo do médico (CECCIM, 2005).

A publicação da Medida Provisória nº 238/05 garantiu a oferta e regulamentação da Residência Multiprofissional na Área da Saúde, com a inclusão das demais profissões da saúde e não somente a médica (BRASIL, 2005a). Ainda em 2005, tal Medida Provisória passou ao *status* de Lei Federal nº 11.129, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde, sendo definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, e[,] conforme explicitado em seu art.14, criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização e funcionamento passam a ser regulados através de atos conjuntos dos Ministérios da Educação e Saúde (BRASIL, 2005b).

Por último, a Portaria Interministerial nº 2.117 de 03/12/2005 institui, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, a Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde, com o objetivo de “Favorecer a inserção qualificada dos jovens e recém-formados profissionais da saúde no mercado de trabalho, principalmente nas áreas prioritárias do SUS”, o que oportunizou a oferta de bolsas de estudo para os profissionais das áreas de Odontologia, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Farmácia, Serviço Social, Psicologia, Biologia, Biomedicina, entre outros, para os diversos programas e com ênfase em áreas variadas e em diversos locais de atenção à saúde (BRASIL, 2005c).

A regulamentação dos PRS determina que a formação possa ocorrer em serviços que pretendam formar profissionais da área da saúde, com a lógica da interdisciplinaridade, e que possibilite a integração entre ensino, serviço e comunidade, com o estabelecimento de parcerias entre gestores, trabalhadores e usuários (BASSO, 2010). Dessa maneira, o projeto político pedagógico dos PRS deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir

competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde (FIORANO; GUARNIERI, 2015).

Dois anos após o marco legal da regulamentação dos PRS, foi editada e publicada pelo Ministério da Saúde e da Educação a Portaria Interministerial nº 45, que determina que as Residências Multiprofissionais em Saúde e as Residências em Área Profissional da Saúde deverão ser orientadas pelos princípios do SUS. O documento também define que a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) é o órgão que credenciará, coordenará e avaliará os programas de Residência em área profissional da saúde em todo o país (BRASIL, 2007).

A CNRMS, em relatório de gestão publicado em 2009, define os princípios e diretrizes norteadoras dos Programas de Residência em Saúde. A partir do objetivo e interesse para este estudo, destacaram-se os seguintes princípios e diretrizes (BRASIL, 2009b, p. 12):

1. Princípios e diretrizes do SUS. Oferecer cenários de ensino aprendizagem e proposta pedagógica afinados com os princípios e diretrizes do SUS;
2. Pedagogia problematizadora. Garantir que a perspectiva pedagógica da formação em modalidade de residência seja pautada por uma pedagogia problematizadora, considerando os atores sujeitos do seu processo de aprendizagem e sujeitos dos processos sociais;
3. Formação na perspectiva de áreas de cuidado. Formulação de eixos pedagógicos sob a perspectiva de organização de áreas de cuidado, fugindo da ótica do cuidado de patologias, proposto pelas especialidades e, também, da fragmentação do cuidado que o sistema promove, através da atenção básica, média e alta complexidade. As áreas de cuidado garantem o processo de formação sob a perspectiva da integralidade; Sugestão do Ministério da Saúde: Formação na perspectiva de áreas de cuidado, superando a ideia do cuidado fragmentado por patologias, sistemas orgânicos ou especialidades, garantindo a formação integral com o reconhecimento dos distintos níveis de complexidade tecnológica;
4. Educação Permanente. Considerar como eixo pedagógico estruturante dos programas a educação permanente em saúde. Promover processos de educação permanente nas residências para a rede SUS (preceptores, tutores, coordenadores de curso, trabalhadores, gestores, controle social e outros);
5. Integração ensino-serviço. Fomentar parcerias dos programas com os gestores, promovendo articulação ensino-serviço, definindo corresponsabilidades entre os atores;
6. Integração de saberes. Proposição de núcleo básico comum para integração de saberes entre os diferentes profissionais, como base para a consolidação do processo de formação em equipe;
7. Parceria Institucional. Parceria com os conselhos de saúde e educação, para viabilizar o processo de estruturação, execução, avaliação e manutenção das Residências Multiprofissionais em Saúde. Podem ser organizadas parcerias/arranjos macro e/ou microrregionais – entre

instituições que já possuam experiência e outras que precisam se estruturar. Um programa de formação de tutores/preceptores pode ser um dos elementos constitutivos das parcerias institucionais;

8. Integração com instituições de ensino superior. Promover a integração entre IES os programas de residência, entendendo que o próprio processo de formação pós-graduada em serviço deve dialogar com os processos de formação graduada;

9. Avaliação e monitoramento. Suscitar que o processo de avaliação e monitoramento dos programas de residências faça parte de um processo de educação permanente em serviço, incluindo avaliação de preceptoria, a de punição sobre o residente.

(BRASIL, 2009b)

Mediante toda a estrutura orientadora da CNRMS, os PRS criam e desenvolvem seus programas, ponderando as necessidades regionais identificadas quanto às áreas de atenção mais necessárias e considerando seu caráter técnico e político; bem como as condições de exequibilidade impostas pelo serviço e pela instituição de ensino superior (IES) para melhor atender à comunidade (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde, em 2015, foi ampliada em 20% a oferta de bolsas de residência em área profissional de saúde. Um acréscimo de 586 novas vagas em 12 áreas prioritárias para o SUS, como Atenção Básica, Atenção ao Câncer, Saúde Mental e Enfermagem Obstétrica. Com essa ampliação, o Ministério da Saúde ofertou 3.461 bolsas do Pró-Residência para novos ingressos de profissionais de saúde. Ao todo, em 2015, 5.505 bolsas foram custeadas, sendo 3.461 para o primeiro ano e 2.044 para o segundo ano de residência (BRASIL, 2015).

CAPÍTULO IV

4 DESENHO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para atingir o objetivo proposto por esta pesquisa, optou-se por um estudo exploratório, do tipo descritivo, de natureza qualitativa, pois nos propiciará perceber o conhecimento das representações do participante do estudo por meio de seu discurso. Nessa perspectiva, há a aproximação do pesquisador da realidade dos atores sociais para compreender o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes relacionadas ao processo das relações humanas que não podem ser quantificados (MINAYO, 2014).

Polit e Beck (2011) explicam que os estudos descritivos possuem como principal objetivo o retrato preciso das características de indivíduos, situações ou grupos e da frequência com que ocorrem determinados fenômenos.

As autoras afirmam, ainda, que a pesquisa descritiva é uma extensão da pesquisa exploratória, e destacam que uma das razões básicas do envolvimento do pesquisador com estudos exploratórios são a curiosidade e o desejo da compreensão de forma mais rica do fenômeno de interesse do estudo descritivo. Sendo essa razão particularmente relevante quando uma nova área ou assunto estão sendo investigados, para os quais nenhuma teoria satisfatória pode ser identificada (POLIT; BECK, 2011).

A abordagem qualitativa é também a melhor escolha metodológica a ser adotada nesta pesquisa porque a residência em saúde é um fenômeno complexo, que envolve as inúmeras situações da vida e das relações sociais no contexto em que está inserida.

Nessa direção, acredita-se que essa abordagem metodológica deu maior possibilidade de compreender a realidade na qual o enfermeiro preceptor se encontra dentro dos programas de residência em saúde, visto que se faz necessário um estudo mais detalhado desse cenário, o que possivelmente não seria alcançado pela abordagem quantitativa, que desconsidera a historicidade dos fenômenos e a subjetividade dos participantes.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O desenvolvimento desta pesquisa teve como cenário dois hospitais-escola públicos que oferecem Cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* (especialização) por meio de Programas de Residência em Saúde para enfermeiros, situados na cidade de Belém, Estado do Pará.

Por questões éticas, optou-se por denominar os dois hospitais-escola que serviram de cenário para esta pesquisa de “Hospital A” e “Hospital B”.

O hospital A é um hospital estadual e de ensino, certificado pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde, vinculado a uma universidade pública estadual, que tem como missão prestar assistência à saúde com qualidade em oncologia, doenças crônicas degenerativas e transplantes na prestação de serviços de média e alta complexidade, ensino, pesquisa e extensão de forma humanizada e articulada com as políticas públicas e em parceria com a sociedade civil. É hospital de referência no Estado do Pará em Oncologia.

A Residência em Área Profissional de Enfermagem ou Residência de Enfermagem teve início no Hospital A em 1998, oferecendo, desde então, especialização em quatro áreas de concentração: Enfermagem Cirúrgica, Enfermagem Oncológica Clínica, Enfermagem em Oncologia com ênfase em Cuidados Paliativos e Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva. O programa é operacionalizado em parceria com a universidade à qual é vinculado, e oferta anualmente 12 vagas para enfermeiros, sendo três vagas em cada área de concentração.

A Portaria Interministerial 1006, que define o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE) do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde, conceitua HE como um local de atenção à saúde de referência para alta complexidade, formação de profissionais de saúde e desenvolvimento tecnológico numa perspectiva de inserção e integração em rede aos serviços de saúde, obedecendo a critérios de necessidade da população (BRASIL, 2004b).

O hospital B é um hospital universitário, vinculado a uma universidade pública federal, que tem como missão prestar assistência à saúde da população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), como também atuar na área de Ensino e Pesquisa e na geração e sistematização de conhecimentos. É hospital de referência na Região

Norte em Pneumologia, Infectologia, Endocrinologia e Diabetes; e referência nacional em AIDS.

O hospital B tem Programa de Residência Multiprofissional em Saúde instituído desde 2011; atualmente, forma enfermeiros especialistas em quatro áreas de concentração: Saúde do Idoso, Atenção ao Paciente Crítico, Atenção a Clínica Integrada e Oncologia. O programa oferta atualmente nove vagas anuais para profissionais enfermeiros, distribuídas entre as áreas de concentração.

Em 2010, Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais, instituído pelo Decreto nº 7.082 de 27/01/10, define que, no campo do ensino, pesquisa e extensão, os hospitais universitários desempenham as funções de local de ensino-aprendizagem e treinamento em serviço, formação de pessoas, inovação tecnológica e desenvolvimento de novas abordagens que aproximem as áreas acadêmica e de serviço no campo da saúde (BRASIL, 2010).

Importante destacar que, nos hospitais-escola pesquisados, a função do preceptor é inerente à atividade do enfermeiro assistencial, ou seja, a partir do momento em que este profissional é admitido na instituição, automaticamente ele também absorve o papel de preceptor.

Tal escolha se deu devido ao importante papel que essas instituições desempenham em nossa região tanto na área da assistência à saúde, quanto na formação de recursos humanos e pesquisa no contexto do Sistema Único de Saúde. Além disso, por se tratar de hospitais-escola, reforçam a responsabilidade e o compromisso de seus profissionais e gestores com a formação, motivo pelo qual se tornaram, por excelência, o cenário ideal para a realização deste estudo.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os enfermeiros que exerciam a função de preceptores, no âmbito dos programas de residência em saúde do hospital A e hospital B, constituíram o grupo de interesse desta pesquisa. Para compor o grupo, foram convidados todos os enfermeiros preceptores de cada uma das oito áreas de concentração dos programas de residência em saúde (Hospital B: Saúde do Idoso, Atenção ao Paciente Crítico, Atenção a Clínica Integrada e Oncologia; Hospital A: Enfermagem Cirúrgica, Enfermagem Oncológica Clínica, Enfermagem em Oncologia com ênfase em Cuidados Paliativos e Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva).

Neste estudo optou-se por uma amostragem por conveniência, pois buscou-se por enfermeiros que experimentaram o fenômeno estudado com vistas à maximização e riqueza das informações. Não se definiu previamente o tamanho da amostra, sendo adotada como critério de decisão para nortear o número de participantes a saturação dos dados, ou seja, quando, ao longo da coleta de dados, pouco ou nada de novo apareceu, considerando todos os tópicos abordados ou identificados durante a análise contínua dos dados obtidos, o pesquisador optou por encerrar a coleta de dados (POLIT; BECK, 2011).

Para fazer parte desta pesquisa, como critérios de inclusão, o enfermeiro preceptor deveria: 1) ser vinculado aos programas de residência em saúde; 2) exercer, no período mínimo de um ano, as atividades de preceptoria nos programas de residência em saúde; e 3) não estar em gozo de férias ou licenciado do trabalho por qualquer motivo no período de coleta de dados da pesquisa.

Frente a isso, os participantes da pesquisa, aqui denominados P1, P2, P3..., seguidos pela letra "A" ou "B", de acordo com o hospital-escola no qual laboravam, totalizaram 17 preceptores, sendo 15 do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idades entre 27 e 43 anos. Todos eram graduados em enfermagem e possuíam ao menos uma pós-graduação na modalidade *lato sensu*, sete tinham pós-graduação na modalidade *stricto sensu*, em nível de mestrado acadêmico.

4.4 COLETA DE DADOS

A partir da opção metodológica escolhida (estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa) optou-se pela entrevista como técnica de coleta de dados. A entrevista tem como objetivo construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. Trata-se de uma interação entre pesquisador e pesquisado, em que o pesquisador visa apreender o que o participante de pesquisa pensa, sabe, representa, faz, argumenta e sente (MINAYO, 2014).

A entrevista pode ser de vários tipos: entrevista estruturada, semiestruturada e livre. Neste estudo, o pesquisador fez uso da entrevista semiestruturada, que para Minayo (2014) se inicia na elaboração de um roteiro orientador (APÊNDICE B), listando questões levantadas pelo pesquisador, a partir do objeto a ser investigado, conduzindo para uma forma mais abrangente do tema, sem cercear as falas dos participantes.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2016. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e seu anonimato foi garantido por meio de codinomes, atribuídos pelo entrevistador.

A entrevista ocorreu em local privativo, previamente agendado, conforme escolha dos entrevistados e sendo solicitada a permissão para gravação das mesmas. O tempo das entrevistas variou de 20 a 30 minutos de duração. Posteriormente, procedeu-se ao processo de transcrição das entrevistas, que em seguida foram lidas e analisadas.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para o tratamento de dados obtidos por meio da entrevista, a fim de se buscar respostas ao questionamento da pesquisa, bem como alcançar o objetivo proposto, utilizou-se a técnica da Análise de Conteúdo, que para Minayo (2011) é compreendida muito mais como um conjunto de técnicas e constitui-se na análise de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação bastante variada, e tem duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. Tais funções podem ser complementares, com aplicação tanto em pesquisas qualitativas como quantitativas.

Para captar mais precisamente os significados manifestos e latentes trazidos pelos participantes deste estudo optou-se pela análise de conteúdo temática, pois, segundo Minayo (2014), esta é a forma que melhor atende à investigação qualitativa, uma vez que a noção de tema está relacionada a uma afirmação a respeito de determinado assunto, comportando um feixe de relações que pode ser apresentado em forma de palavra, frase ou resumo.

Para a socióloga, a análise de conteúdo temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Tal análise dividiu-se em três etapas:

a) Pré-análise – Construída de duas fases. Na primeira, após a realização de cada entrevista, procedeu-se à transcrição das falas dos participantes na íntegra no *software* Word 2016. A transcrição foi realizada pelo próprio pesquisador, momento que possibilitou retomar algumas ideias subentendidas nas falas, refletir sobre elas e também identificar dúvidas e/ou incompletudes.

Já, na segunda fase, todo o material transcrito foi alocado em uma tabela no *software* Word 2016, o que já permitia a leitura flutuante, tendo como referência a pergunta de pesquisa, para assim identificar as falas significantes. Na primeira coluna da tabela constavam as entrevistas na íntegra, na segunda eram copiadas as falas significantes, e na terceira coluna foi atribuído um código que as representava, aqui denominado de unidade de significado. Nesta fase de análise foram destacadas espontaneamente 86 unidades de significado, tomando por base a pergunta de pesquisa, sem aprofundamento com o marco teórico. Assim, foi constituído o *corpus*, organizando todo o material de forma que pudesse responder às normas de validade qualitativa: exaustividade (durante a leitura para identificar os significados); representatividade (observando se as falas significantes extraídas representavam o todo); homogeneidade (atentando se a escolha do documento obedeceu à conformidade); e pertinência (momento em que as falas significantes extraídas foram analisadas, para ver se correspondiam à questão e objetivo da pesquisa), conforme se observa exemplificado no Quadro 3.

Quadro 3 - Exemplo de procedimento de análise dos dados de uma entrevista

TRANSCRIÇÃO DE DADOS DE P3	FALAS SIGNIFICANTES	UNIDADES DE SIGNIFICADO
<p>Para mim, ser preceptor é passar conhecimento, facilitando, na verdade ser facilitador, ajudando os enfermeiros que são enfermeiros, a especializar, qualificar a nossa área, no nosso caso a Terapia Intensiva." (P3)</p> <p>Motivação da minha parte eu vejo, dos outros muitas, só que eu acho que falta ainda o preparo que a gente tem uma dificuldade muito grande, capacitações específicas para a preceptoria." (P3)</p> <p>Falta incentivo, não digo não somente financeiro, de outra forma, folga, então, falta motivação, mas falta preparo e incentivo por parte da instituição." (P3)</p> <p>Nós temos muitas dificuldades, principalmente no período atual, porque nós estamos em um número que não é o suficiente, tanto para coordenar, gerenciar, assistir o paciente e ainda ser preceptor, então eu sei que acaba dificultando essa preceptoria, onde seria uma facilitação para o residente.</p> <p>Eu acho que como falta o preparo pedagógico, a gente ainda sente uma dificuldade, essa capacitação seria de grande ajuda pra gente fazer bem a preceptoria.</p> <p>Tem, facilidades têm, pelo profissional em si, mas aí tem algumas dificuldades, mas facilidade há, com a equipe também, alguns da equipe, médicos, técnicos, então há uma facilidade. Os próprios residentes ajudam, os R2 no caso.</p> <p>As dificuldades acaba sendo o preparo, o incentivo, alguns integrantes da equipe como um todo, que acabam dificultando essa nossa transferência de conhecimento, assim como na prática aqui, acho que essas seriam uma das dificuldades.</p> <p>Olha, quando algum residente tem alguma dificuldade de aprendizagem... eu acho que é ter paciência com ele, acabar pedindo ajuda para outro preceptor também.</p> <p>Faço o trabalho de enfermeira assistente, gerencial e preceptora com muitas dificuldades, e a gente sente assim as vezes que não está fazendo o nosso papel como deveria, então acaba faltando ali, então eu fico com uma certa frustração, uma angústia por não estar sendo como deveria ser os cem por cento, pelo menos noventa, por tantas essas atividades que nós temos aqui dentro.</p>	<p>"ser preceptor é passar conhecimento, facilitando, na verdade ser facilitador, ajudando os enfermeiros que são enfermeiros, a especializar, qualificar a nossa área, no nosso caso a Terapia Intensiva." (P3)</p> <p>"eu acho que falta ainda o preparo, que a gente tem uma dificuldade muito grande, capacitações específicas para a preceptoria." (P3)</p> <p>"Falta incentivo, não digo não somente financeiro, de outra forma, folga, então, falta motivação, mas falta preparo e incentivo por parte da instituição." (P3)</p> <p>"Nós temos muitas dificuldades, principalmente no período atual, porque nós estamos em um número que não é o suficiente, tanto para coordenar, gerenciar, assistir o paciente e ainda ser preceptor." (P3)</p> <p>"Eu acho que como falta o preparo pedagógico, a gente ainda sente uma dificuldade, essa capacitação seria de grande ajuda pra gente fazer bem a preceptoria" (P3)</p> <p>"quando algum residente tem alguma dificuldade de aprendizagem... eu acho que é ter paciência com ele, acabar pedindo ajuda para outro preceptor também." (P3)</p> <p>"Faço o trabalho de enfermeira assistente, gerencial e preceptora com muitas dificuldades, e a gente sente assim as vezes que não está fazendo o nosso papel como deveria" (P3)</p>	<p>Definição de preceptor</p> <p>Necessidade de capacitação</p> <p>Ausência de incentivo</p> <p>Acúmulo de funções</p> <p>Necessidade de capacitação</p> <p>Condução pedagógica</p> <p>Acúmulo de funções</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

b) Exploração do material – Nesta etapa realizou-se a categorização do material, por meio de uma classificação, cujo objetivo foi obter a compreensão do texto através da criação de subtemas e temas, a partir de elementos ou aspectos comuns que se relacionaram entre si.

Seguindo as recomendações de Minayo (2014) nesta etapa foram realizados recortes em unidades de registro, e a classificação e agregação dos dados através de subtemas teóricos ou empíricos que ordenaram a especificação dos temas.

Dessa maneira, constituíram-se os núcleos de significado a partir da aproximação e agregação das unidades de significado correspondentes às falas

significantes. Posteriormente procedeu-se à classificação e incorporação dos dados em subtemas, finalizando o processo com o surgimento dos temas de análise.

Para favorecer a visualização das falas de cada participante do estudo instituiu-se o código de identificação no final de cada unidade de registro. Assim, quando reunidas nas tabelas do Word 2016 era fácil a visualização das falas de cada participante em cada subtema, bem como quantos preceptores contribuíram para formá-lo. No Quadro 04 apresenta-se um exemplo, referente ao tema “Aspectos relevantes e desafios do cenário da preceptoria”.

Quadro 4 - Exemplo de procedimento de análise por semelhança de núcleo de significados com emergência de subtema e tema

NÚCLEO DE SIGNIFICADOS	SUBTEMAS	TEMAS
Gosta de ser preceptor	<p>Facilidades</p> <p>“O fato de eu gostar muito de estar com residente aqui no setor, além de eu gostar dessa parte do ensino, acho que isso me ajuda a orientar eles aqui na prática e me traz satisfação pessoal.” (P1)</p> <p>“Uma das facilidades que eu tenho pra ser preceptora é gostar de ensinar, gostar de ser preceptora e a didática, acho que preceptor acima de tudo ele tem que ter didática, porque não adianta você conhecer e não conseguir transmitir isso para o residente.” (P2)</p> <p>“Só o fato de eu já gostar de ensinar, de trocar conhecimento. Já junto com o residente, já facilita o trabalho e ameniza um pouco nossas dificuldades” (P5)</p> <p>“Eu gosto de tá aqui, de tá envolvido na residência, de ser preceptor. Até por que eu já fui residente. Então isso me ajuda e me estimula pra ser um bom professor” (P7)</p> <p>“Eu posso dizer como facilidade pra trabalhar como preceptora é o fato de eu gostar muito dessa área da educação também, de ensinar. Então tenho paciência, consigo transmitir meu conhecimento para os residentes e tento procurar maneiras de conduzir aqui na prática da melhor forma possível.” (P13)</p> <p>“Como facilidades que eu encontro, posso te dizer que gosto de trabalhar com os residentes, é gratificante fazer parte dessa fase deles, gosto de ensiná-los e estar na companhia deles e por isso tenho um bom relacionamento com eles e isso facilita o trabalho de preceptoria.” (P15)</p>	<p>PRECEPTORIA</p> <p>TEMA 3: ASPECTOS RELEVANTES E DESAFIOS DO CENÁRIO DA</p>
Atualização Profissional Constante	<p>“Acho que ter esse residente aqui no setor é um ponto muito positivo, por que de certa forma isso me estimula a estar sempre me atualizando cientificamente, lendo artigos, fazendo cursos e me motivando em buscar novos conhecimentos. A gente acaba fazendo uma troca com eles, a gente vai se ajudando.” (P1)</p> <p>“Assumir essa função de preceptora me ajuda a sempre estar inteirada sobre as mudanças que ocorrem na nossa área, por que eu me sinto responsável pela formação deles e isso me impulsiona a correr atrás de artigos, livros, cursos... tudo que pode me ajudar enquanto profissional e preceptora, pra que a gente consiga fazer essa interação saudável e rica troca de conhecimentos com eles.” (P4)</p> <p>“Por aqui ser um hospital de ensino e sempre ter aluno e residente aqui comigo, eu acabo tendo que me atualizar sempre, pra não ficar pra trás, sempre procuro fazer atividades com eles pra me trazerem coisas novas” (P5)</p> <p>“Pontos positivos são observados, como a possibilidade de desenvolvimento profissional por meio da troca de experiência e a melhoria do atendimento ao paciente e qualidade no serviço.” (P11)</p> <p>“Como aqui é um setor muito específico, o fato de ter um residente aqui me ajuda e estimula há tá sempre me reciclando, me atualizando das normas e protocolos novo” (P10)</p> <p>“E eu gosto muito de ter essa experiência aqui, eu consigo fazer com que a gente se ajude, eu ajudo aqui na prática e o residente por estar aprendendo, pesquisando, ele traz assuntos novos, recentes, eu consigo também me atualizar e a gente vai construindo e fazendo essa troca legal de conhecimento.” (P13)</p>	
Residência Renova o Serviço	<p>“A presença do residente as vezes consegue trazer mudança aqui pro setor. Consigo extrair dele as boas experiências que ele teve anteriormente, aquele conhecimento que tá fresquinho da faculdade ainda. Então busco mostrar a nossa realidade e ver como ele pode contribuir pra gente melhorar o setor, com treinamento da equipe, com o processo assistencial como um todo.” (P3)</p>	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

c) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação – Consistiu no tratamento dos dados a partir das falas significantes, do núcleo de significado, realizando a análise por semelhança, ou seja, agrupando-se os núcleos com significados similares, para então constituir os subtemas, temas e, por fim, a inferência do tema central, confrontando-os com a revisão de literatura e o marco teórico desenhado inicialmente e/ou abrindo outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material (MINAYO, 2014).

Após a análise dos dados, surgiram três temas de análise e sete subtemas, descritos no quadro abaixo:

Quadro 05 – Temas e Subtemas

TEMAS	SUBTEMAS
1 O Papel do Preceptor.	1.1 Definição de Preceptor. 1.2. Qualidades de um Bom Preceptor.
2 Exercendo a Função de Preceptor: Trabalho x Ensino.	2.1 Organização do Trabalho. 2.2 Processo de Ensino-Aprendizagem. 2.3 Processo de Avaliação.
3 Aspectos Relevantes e Desafios do Cenário da Preceptoria.	3.1 Facilidades. 3.2 Dificuldades e Fragilidades.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA

Após a qualificação e aprovação deste projeto de pesquisa, foram seguidas as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas (CONEP) contidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS-UFPA), projeto CAAE 55030316.1.0000.0018 e Parecer nº 1.508.251 de 14/04/2016 (ANEXO B).

Os enfermeiros preceptores com perfil definido para participar do estudo foram devidamente esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, bem como sobre o método a ser utilizado, em seguida solicitou-se que se manifestassem sobre o aceite em participar do estudo com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), sendo garantidos ainda o anonimato por meio da

utilização de codinomes e o direito de desistência da participação na pesquisa, a qualquer tempo.

4.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

O estudo revelou risco de quebra do anonimato, o que se configura como um risco importante e que deve ser considerado. Diante desse possível problema, o pesquisador responsável tomou os seguintes cuidados necessários com as informações referentes aos participantes:

I – Explicou como seria a atuação dos participantes no estudo;

II – Enfatizou que seriam assegurados o anonimato e o caráter privado das informações fornecidas exclusivamente para o estudo, não havendo identificação pessoal dos dados fornecidos;

III – Informou que no momento da entrevista seria utilizado um gravador de voz, ressaltando a liberdade de aceitar ou não, explicando que, em caso de recusa, a mesma inviabilizaria o desenvolvimento do estudo pois não seria possível captar as falas;

IV – Garantiu que o momento da entrevista fosse realizado em ambiente reservado, previamente agendado, conforme disponibilidade de horário e local do participante;

V – Informou que os dados coletados, depois de organizados e analisados, seriam divulgados e publicados, ficando o pesquisador responsável, juntamente com o seu orientador, por apresentar relatório de pesquisa para a instituição na qual o estudo foi realizado.

Contudo, há benefícios no que se refere à contribuição do estudo para o contexto e serviços envolvidos, visto que vem oferecer um diagnóstico da situação atual e conseqüentemente fornecer subsídios para aprimoramentos, avaliações e/ou melhorar a realidade da preceptoria vivenciada por enfermeiros preceptores de hospitais de ensino de Belém, além da produção do conhecimento científico, com a elaboração final da Dissertação de Mestrado Acadêmico em Enfermagem do pesquisador principal, seguida da divulgação dos resultados por meio da publicação de artigos em periódicos nacionais e/ou internacionais.

CAPÍTULO V

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo é apresentada a discussão dos resultados obtidos nesta pesquisa.

5.1 O PAPEL DO PRECEPTOR

5.1.1 Definição de Preceptor

As definições de Preceptor, para os sujeitos do estudo, estão em consonância com o que é encontrado na literatura. As atribuições de acompanhar, guiar, orientar, ensinar, supervisionar e aliar teoria e prática foram as mais citadas, como observado nos relatos:

“o papel principal é ajudar na capacitação do residente também, né, ensinando, mostrando tanto a prática quanto a teoria. É pegar o conhecimento teórico da nossa especialidade e aplicar na prática junto com o residente.” (P1A).

“Ser preceptor pra mim seria assim, o orientador, facilitador, da condução do processo de ensino do residente aqui no campo da prática.” (P4A).

“Então eu acredito que ser preceptor é isso: acompanhar, guiar, conduzir, ensinar, dar bom exemplo para esse recém-formado que chega ansioso para começar a prática clínica da profissão mesmo.” (P14B).

“Preceptor é você ter que passar os conhecimentos que você sabe, conhecer também, aprender junto com o aluno, da melhor forma possível, bem esclarecida, atualizada. Eu até gosto, porque, na hora que eu estou na prática ensinando, eu acabo aprendendo também com os meninos, tenho que ficar estudando para ensinar para eles e a gente consegue fazer essa troca de conhecimento também.” (P8A).

[...] é o profissional que está inserido dentro de um contexto educativo no serviço, onde ele orienta, ensina e treina o profissional, que muitas vezes é recém-formado.” (P17B).

“Para mim o ser preceptor é estar ali, sempre junto do residente, orientando, supervisionando, trocando informações, experiências da prática clínica, e da vivência do ser enfermeiro...” (P13B).

De acordo com a Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) nº 2, de 13 de abril de 2012 a atividade de preceptoria em um programa de residência em saúde é descrita como uma supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde o programa se desenvolve (BRASIL, 2012).

Notou-se neste subtema que a fala dos enfermeiros preceptores vem ao encontro do que é definido pela legislação em vigor (BRASIL, 2012, p. 25):

- I - Exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;
- II - Orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP;
- IV - Facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;
- V - Participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;
- VI - Identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário;
- VIII - participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão;
- VI - Orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU, respeitada a exigência mínima de titulação de mestre (BRASIL, 2012, p. 25).

Sebold e Carraro (2013) revelam a importância de se compreender as diversas funções do preceptor, pois consideram que ensinar o cuidado representa um momento de encontro de preceptor e preceptorado. Pois é neste momento que ambos se colocam no contexto do cenário real, com suas necessidades, informações, aspirações e vontades e estabelecendo-se aí oportunidades de aprendizado e troca de experiências para ambos.

O preceptor pode ser visto como um cogestor do processo de ensino e aprendizagem dos estudantes e atuar como mediador entre o conhecimento disponível e as exigências da prática profissional (BURGATTI *et al.*, 2013).

No curso de formação para preceptores idealizado por Rocha e Ribeiro (2012), tais autores pontuam que, dentre as principais funções desenvolvidas pelos preceptores, se destacam a construção e a transmissão de conhecimentos relativos

às diferentes áreas de atuação, a formação de estudantes para as atividades práticas; a articulação com o conhecimento teórico, o suporte na formação ética dos estudantes e o incentivo ao cuidado com os pacientes em todos os níveis de atenção.

Entendemos que, quando o preceptor reconhece o seu papel no contexto da residência, ele está mais propenso a desenvolver a primeira competência reforçada por Valente e Viana (2011) e Perrenoud (2000), ou seja, organizar e dirigir situações de aprendizagem, de maneira que ele reconhece os meios para propiciar um ambiente favorável para a aprendizagem, adaptando-o ao contexto no qual preceptor e preceptorado estão inseridos.

Nesse sentido, tal como posto por Perrenoud (2000), nota-se que os diferentes atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes) elencados pelos preceptores e pela literatura implicam no desenvolvimento de competências que, quando combinados, podem configurar diferentes formas de realizar com êxito as atividades e/ou funções necessárias à prática do enfermeiro preceptor.

Assim, Perrenoud (2000) promove a valorização do ofício de professor, pois ao conceituar competência demonstra a complexidade do processo que envolve a mobilização dos saberes para ensinar, impulsionando a ideia de um profissional que não é meramente tecnicista, mas um profissional que deve deter conhecimentos específicos e mobilizar saberes para lidar com os conflitos e situações problemas que se apresentam no exercício da função de educador.

Estudos de Botti e Rego (2011) , realizados no contexto do programa de residência médica, definiram o preceptor como sendo o profissional de saúde de nível superior que tem como função acompanhar e ensinar o residente, quando da sua inserção nos serviços de saúde, proporcionando-lhe o desenvolvimento e a articulação dos conhecimentos teóricos e práticos no cenário real. Devendo, portanto, a preceptoria organizar-se como um programa institucional de suporte acadêmico direcionado para os estudantes dos programas de residência.

Analisando os discursos dos preceptores percebe-se que eles tinham consciência de seu papel na formação do residente de enfermagem, e que, apesar de os estudos de Botti e Rego (2011) e Rocha e Ribeiro (2012) terem sido realizados na perspectiva da residência na área médica, tais reflexões podem muito bem ser aplicadas no processo de formação dos residentes das outras profissões de saúde.

5.1.2 Qualidades de um Bom Preceptor

Os participantes do estudo, quando questionados sobre as qualidades para desenvolver um bom trabalho de preceptoria, ressaltaram quatro competências principais: 1) Conhecimento prático e habilidade técnica, por meio da experiência na área da sua especialidade; 2) Conhecimento teórico, primordial para fundamentação da sua prática; 3) Conhecimento pedagógico, habilidade e disposição para ensinar; e 4) Conhecimento do seu papel de preceptor.

“para ser um bom preceptor, além de saber o embasamento teórico, tem que ter disponibilidade para ensinar, tudo isso, tem que ser solidário com o aluno que está chegando, com o Enfermeiro, capacitação pedagógica, tudo isso [...]” (P1A).

“Para ser um bom preceptor ele deve ter conhecimento, ele deve saber passar esse conhecimento para a frente, ter paciência, conhecimento é fundamental, saber passar conhecimento, porque tem aqueles que sabem, mas não têm paciência para passar, saber orientar é a mesma coisa, deve gostar do que faz, deve gostar de ensinar, acho que só isso já faz um bom preceptor.” (P4A)

“Além da questão técnica, ele tem que ser tecnicamente muito bom, ele tem que saber muito, tem que estudar bastante, eu acho que é o principal ponto, ele tem que estudar, ele tem que se qualificar, ele precisa também ter uma formação didática, [...] deveria ser incentivado pela instituição [...]” (P7A)

“Eu acredito que para o Enfermeiro ser um bom preceptor ele precisa conhecer muito bem a sua área de especialidade, o campo de prática, saber fazer, ter uma boa destreza e habilidade técnica, para poder ter embasamento para ensinar, se ele não conhece, ou até pode conhecer isso tudo, mas não souber passar esse conhecimento, e só querer cobrar, aí não vai ser legal. Não vai ser respeitado e nem reconhecido como um bom preceptor.” (P8A)

“Primeiramente é necessário que compreenda a sua função como preceptor e esteja aberto a troca de experiências e conhecimento. Além disso o conhecimento técnico científico na especialidade na qual trabalhar, conhecimento de gestão e ênfase para o desenvolvimento de habilidades de cunho didático-pedagógico, o que implicaria em necessidade de preparo e qualificação para a preceptoria.” (P11B)

“Para fazer uma boa preceptoria acho que primeiro o enfermeiro tem que ter perfil de professor, gostar de ensinar e saber passar o seu conhecimento. E depois ser preparado, bem instrumentalizado para desempenhar essa função, conhecer como funciona a residência, receber um treinamento didático e pedagógico específico, ser estimulado a realizar estudos e pesquisas na instituição, estar sempre bem informado e atualizado.” (P14B)

A qualificação de um indivíduo para realizar algo é constantemente conhecida como competência. Embora a atividade de preceptoria não seja tão recente,

atualmente ela tem ganhado mais notoriedade, portanto, olhar para o preceptor e para as competências que este deve possuir e dominar é importante.

Perrenoud (2001) define a competência como a faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, capacidades, informações, entre outros) para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações. As competências estão ligadas a contextos culturais, profissionais, condições sociais, políticas. O autor acrescenta, ainda, que “a competência ao mesmo tempo que mobiliza a lembrança das experiências passadas, livra-se delas para sair da repetição, para inventar soluções originais, que respondem, na medida do possível, à singularidade da situação presente” (PERRENOUD, 2000, p. 31).

Possuir e demonstrar conhecimentos e habilidades técnicas são de extrema importância, uma vez que a área da Saúde é rica em novos conhecimentos e os avanços tecnológicos atropelam os profissionais constantemente. Se os profissionais demonstram a consciência da limitação de seus conhecimentos e a vontade de superar suas deficiências para exercer a profissão com competência, torna-se necessária a contínua atualização para então atuar com qualidade (SOUZA; MIYADAHIRA, 2012).

Considera-se a relevância dos conhecimentos teóricos e práticos do preceptor enfermeiro sempre quando se julga importante seu papel de possibilitador do aprendizado. É essencial ter uma visão ampliada para essas características quando o docente assume o papel de facilitador do aprendizado, situação que se coloca, cada vez mais, importante e requerida no ensino nas profissões da saúde (LÓPEZ; TRONCON, 2015).

A partir das falas dos enfermeiros preceptores percebe-se que algumas competências profissionais para ensinar se mostram presentes, como, por exemplo “Organizar e dirigir situações de aprendizagem”, visto que, ao reconhecerem que conhecimento prático, habilidade técnica e conhecimento teórico são qualidades de um bom preceptor, corroboram com Valente e Viana (2011) e Perrenoud (2000), já que para esses autores é imprescindível que o docente domine não só os saberes, ou seja, os conteúdos a serem ensinados, mas também os conceitos com suficiente fluência. A partir deste conhecimento o preceptor deve ser capaz de os mobilizar e traduzir em objetivos de aprendizagem, em função dos quais orienta seus residentes na busca do conhecimento.

Ainda que a utilização da tecnologia não tenha sido citada diretamente pelos participantes, atualmente não podemos falar de saúde ou de ensino na área da saúde, sem discutir sobre o uso de tecnologias, o que remete a uma infinita gama de possibilidades, e negar que isto não esteja presente no cotidiano do trabalho é falácia. Portanto, acreditamos que seria muito difícil um bom preceptor organizar e dirigir situações de aprendizagem no cenário da residência em saúde, a partir de toda a sua bagagem de conhecimento técnico, habilidade e teoria, sem “dominar e fazer uso de novas tecnologias” tão presentes na área da saúde, principalmente em setores como unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico, oncologia e emergência, de forma que consiga explorar as potencialidades didáticas dos diferentes recursos disponíveis.

O maior desafio do preceptor talvez seja conduzir o processo de ensino-aprendizagem. Ao acompanhar o residente no campo de prática ele deve oportunizar ao residente experiências de aprendizagem que vão além dos saberes técnicos e inerentes à sua profissão. Nesse sentido, os preceptores reconhecem que, para exercerem a preceptoria, é necessário um preparo específico, sendo outra qualidade importante levantada pelos participantes deste estudo: a formação pedagógica.

“Na preceptoria, ele precisa saber do regimento da residência, ele deveria ter uma cópia desse regimento, ele deveria passar por um curso de capacitação pedagógica, nem que seja com uma carga horária pequena, certificado para ser preceptor, ou seja, ele vai ser oficialmente preceptor e certificado.” (P5A)

“Todos precisam ter um conhecimento pedagógico, só o fato de ser um enfermeiro assistente, ele já tem que ter esse conhecimento, para poder repassar. Precisa conhecer a estrutura da residência, precisa saber as competências e as habilidades que um residente tem que ter. (P6A)

“Acho que para ser um bom preceptor, primeiro, deve ter boa vontade e querer ser preceptor [...]. Segundo, preparo didático-pedagógico, que acho que é o essencial para o desenvolvimento da prática de preceptoria, visto que a partir daí poderemos fazer o planejamento, plano de atividades, avaliação, uso das metodologias ativas, mas para isso precisamos ser capacitados. [...]” (P15B)

“Para ser um bom preceptor eu acho que a gente deve ter um bom conhecimento técnico, aliado ao conhecimento científico, ter um treinamento didático-pedagógico. Conhecer pelo menos um pouco de metodologias de ensino que podem ser bem aplicadas no campo de prática, saber identificar as dificuldades de ensino e aprendizagem do residente para que elas sejam trabalhadas da maneira correta.” (P16B)

Todo e qualquer educador devem ter competências bem desenvolvidas na área educacional, além da experiência nas áreas específicas das profissões da saúde em que atuam. Este montante de vivências lhes traz familiaridade com as circunstâncias

e condições de trabalho, tornando-os prováveis professores engajados nos programas educacionais (LÓPEZ; TRONCON, 2015).

Defende-se uma formação aos educadores em saúde consistente e voltada para a leitura do mundo. Caracterizando uma atuação crítica, diferente, portanto, dos processos formativos comprometidos com a ordem social existente, em que o professor não é colocado em uma situação de tensão, mas de acomodação (BOMFIM; GOULART; OLIVEIRA, 2014).

Perrenoud (2000) ressalta que a construção de um perfil de competências, um treinamento pedagógico, por si só, não garante a renovação das práticas. Sendo necessário investir também na discussão e reflexão sobre a forma pela qual esse perfil pode ser operacionalizado na prática.

Para praticarem a docência em enfermagem, os enfermeiros educadores precisam se reconhecer como tal, e terem o entendimento de que ser docente de enfermagem não é apenas auxiliar na construção do conhecimento, mas envolver-se com este universo no qual o cuidar é aprender e ensinar. O que proporciona a constante reflexão do seu saber e fazer em enfermagem, bem como dos seus modos de serem enfermeiros (SEBOLD; CARRARO, 2013).

Acredita-se que todas as qualidades citadas corroboram com o perfil de professor defendido por Valente e Viana (2011), que deve, no campo dos saberes e competências, ser organizador de uma pedagogia construtivista, garantidor dos sentidos dos saberes, criador de situações de aprendizagem, administrador da heterogeneidade e regulador dos processos e percursos de formação.

Cabe ressaltar que, ao analisar o papel do preceptor, considerando as definições e as qualidades aqui elencadas e discutidas, concordamos com Perrenoud (2013), ao lembrar que a construção do conhecimento é uma trajetória coletiva em que o professor orienta, criando situações e dando auxílio, sem ser o especialista que transmite o saber, nem o guia que propõe a solução do problema.

Neste subtema, podemos dizer que o enfermeiro preceptor compreende a importância da sua função de educar ao eleger quais qualidades um bom preceptor deve possuir, chegando ao *status* do que Perrenoud (2001) chama de “professor profissional”, definido por ele como um profissional da articulação do processo ensino-aprendizagem no cenário da prática real, um profissional da interação das significações partilhadas.

Por fim, corrobora-se com as falas dos sujeitos e dos autores citados ao se entender que é importante que o enfermeiro preceptor perceba a magnitude e o seu valor como um educador que guia, conduz, instrui, incentiva e intermedia o processo de ensino-aprendizagem no contexto da residência, não se posicionando como o grande detentor do conhecimento, e sim como um profissional experiente, disponível a ensinar, aprender, compartilhar, promovendo, assim, a construção e a troca mútua de conhecimentos, devendo ser instrumentalizado e capacitado pedagogicamente para tal.

5.2 EXERCENDO A FUNÇÃO DE PRECEPTOR: TRABALHO X ENSINO

5.2.1 Organização do Trabalho

A partir do momento em que o hospital se credencia como unidade-escola, chancelado por uma instituição de ensino superior, o serviço deve acolher os residentes e garantir a utilização do espaço como cenário de ensino e de aprendizagem, assegurando a todos que convivem neste ambiente o mínimo necessário para produção do cuidado de enfermagem com excelência e qualidade. Para tanto, é necessário planejar a recepção desses residentes, preparando condições estruturais, materiais, de recursos humanos e organizacionais para que a unidade possa acolhê-los da melhor forma.

A partir dos relatos acerca da rotina de trabalho dos preceptores, entende-se que existe uma boa interação no campo com o residente, uma vez que preceptor e preceptorado desenvolvem atividades conjuntamente, dividindo e compartilhando ações. É importante ter um ensino de qualidade, que insira o residente precocemente no seu processo de trabalho, não apenas como expectador, mas como ator protagonista na assistência, favorecendo a prática profissional mais reflexiva.

“Um dia de rotina aqui é assim, os alunos, eles chegam, junto com eles a gente assume os pacientes, eles assumem a assistência desses pacientes, fazem a avaliação geral diária, fazem a visita de enfermagem, a evolução, atuam em alguns procedimentos, na parte burocrática também, mas sempre estamos juntos.” (P2A)

“De início, quando a gente recebe os residentes, a gente procura fazer um certo acolhimento, explicar as rotinas [...]. Eles sempre vêm cheios de

dúvidas, a medida do possível a gente orienta, procedimentos a gente deixa do lado, para dar oportunidade para a pessoa estar fazendo, a gente sempre está do lado, aí, quando está tranquilo, ótimo!” (P4A)

“[...] quando o aluno chega, eu procuro sempre me apresentar, dizer a estrutura física do setor que eu estou, então primeiro fazer a apresentação da estrutura física, depois eu trago o aluno para reconhecer a equipe, [...]. Eu passo o plantão que eu recebi, porque ele tem que saber comigo, que o plantão começa assim, pela passagem de plantão, quem são os pacientes, eu pergunto o que eles sabem, para poder saber o que eu posso já ir trabalhando, e quando vai surgindo coisas novas: Você já viu?, Não viu?, Se não viu, embora lá. [...]” (P9A)

“[...] chegamos ao plantão e recebemos juntos o plantão, com residentes que já estão há algum tempo no andar, fazemos a divisão de tarefas, entre a parte assistencial e burocrática. Quando são residentes iniciantes, realizamos as atividades juntos, confecção de escala de tarefas, visita de enfermagem, procedimentos, etc.” (P11B)

“Um dia típico aqui de preceptoría é tipo assim o residente é deixado livre e independente para atuar como enfermeiro no local de estágio, ele fica gerenciando a equipe de enfermagem junto com o preceptor, desenvolvendo atividades de gerência e assistência a todo momento, tomando decisões e resolvendo problemas, sempre com a supervisão do preceptor.” (P12B)

As falas acima enfatizam a responsabilidade preceptora no que tange à postura profissional e ao aprendizado do residente. Entendemos que a aquisição de conhecimentos se associa à troca de experiências e ao relacionamento com os colegas. Dobalian *et al.* (2014) afirmam que essas relações encorajam a ativar novos conhecimentos, em espaços coletivos, gerando estímulos às atividades colaboradoras do trabalho compartilhado, a aquisição de novos conhecimentos e, sobretudo, favorecem o desenvolvimento individual e coletivo.

No processo de ensino-aprendizagem o preceptor deve considerar todos os aspectos que demonstrem que o residente já tem uma história da qual fazem parte concepções que nem sempre se harmonizam com o ensino proposto. Perrenoud (2000) afirma que os alunos pensam que sabem uma parte daquilo será ensinado. Essas representações aparecem durante todo o processo, por mais que ele tente eliminá-las.

Nota-se, a partir dos relatos, que a competência de “envolver os educandos na aprendizagem, e portanto, na sua visão de mundo” está presente no cotidiano de trabalho do preceptor, pois observa-se que o preceptor estimula no residente o desejo de aprender, explicitando a relação entre a aprendizagem e o saber, organiza as etapas do que se busca desenvolver, observando e avaliando o residente, tendo em vista sua formação (VALENTE, VIANA, 2011; PERRENOUD, 2000).

A construção do trabalho interativo contribui para avançar no processo de ensino-aprendizagem, tendo em vista o favorecimento da produção de conhecimento e do desenvolvimento dos saberes a serem mobilizados durante a prática da preceptoria. O estímulo a uma interação forte, autêntica, que se baseie na confiança e no respeito poderá contribuir para mudanças significativas na prática pedagógica. Para Cunha *et al.* (2010), a tomada de decisões pode ser vista como melhoria do processo de aprendizado, e faz com que o preceptor assuma o compromisso com a prática educativa.

Vale ressaltar que não houve relatos de interação multidisciplinar no contexto das residências de enfermagem estudadas, ou seja, com outras profissões de saúde. A interação multiprofissional deve ser impulsionada e instigada pelos programas de residência, visto que é de extrema importância para a formação de qualquer profissional de saúde, entre outros princípios, a integralidade da atenção no SUS. Pois a fragmentação disciplinar de conhecimentos leva a uma visão simplificada que impede o tratamento de problemas complexos que não podem ser divididos em disciplinas, uma vez que somente uma visão holística que relacione aspectos biológicos, sociológicos, políticos, morais, psicológicos e pedagógicos pode dar conta de resolver problemas globais (RIBEIRO; PRADO, 2013).

Destaca-se aqui a competência de “Aprender e ensinar a trabalhar junto e a trabalhar com equipes”. Conforme pontuado no parágrafo anterior, está claro que tal competência necessita ser trabalhada pelos preceptores e residentes, de maneira que fique claro que a cooperação é um valor profissional do ofício docente e deve ser estimulada também entre os residentes. No entanto, para trabalhar em equipe é necessário saber discernir os problemas que requerem uma cooperação intensiva, participar, analisar e combater resistências ligadas à cooperação, bem como saber autoavaliar-se (VALENTE, VIANA, 2011; PERRENOUD, 2000).

Nesse sentido, Perrenoud (2000) nos lembra que, devido à evolução dos espaços de ensino nos últimos tempos, a cooperação profissional é sem dúvida uma competência essencial a fazer parte da rotina do ofício de qualquer educador/preceptor. A emergência de novos e específicos papéis a desempenhar por parte do professor, bem como o trabalho em equipe requerido a este profissional, suscita novas formas de cooperação. Novas formas que passam por partilha de recursos, ideias, práticas e até mesmo de educandos.

Muitas vezes, o ensino prático em campo é visto como mera aplicação de um saber disciplinar. Contudo, a prática em saúde é sempre interdisciplinar, o que lhe confere uma característica integradora de conhecimentos e habilidades de distintas áreas disciplinares, aliados a atitudes tão necessárias à competência profissional em Enfermagem (BURGATTI *et al.*, 2013).

5.2.2. Processo de Ensino-Aprendizagem

Ao descrever o processo de ensino-aprendizagem no cenário dos programas de residência, onde a prática profissional e o desenvolvimento técnico são imperativos, é importante sabermos como o preceptor vem construindo o processo de ensino-aprendizagem do residente, uma vez que a fragmentação do conhecimento e a desarticulação da teoria com a prática não devem ser toleradas.

Na maioria dos discursos dos enfermeiros preceptores observou-se que eles realizavam supervisão direta e permanente, problematizando suas práticas, aliando o conhecimento teórico às situações vivenciadas no cotidiano do trabalho.

“Eu nem converso com a coordenação, eu digo para a pessoa não fazer nada se não tiver segura, e digo para a pessoa ser como sombra, que é ficar atrás da gente observando o que a gente faz, e ir armazenando suas dúvidas e ir tirando com o passar do tempo: Não precisa você prescrever logo de cara., Não precisa você ir fazer um curativo logo de cara., Não precisa você mexer em um dreno logo de cara. O que eu oriento eles é o que eles não tiverem ainda a capacidade técnica, que eles aguardem e que chamem quando for fazer alguma coisa para a gente ver, porque é um dos itens da avaliação, aquela questão da destreza manual, saber como é que eles fazem aqueles procedimentos invasivos.” (P5A)

“Durante o estágio deles a gente costuma conduzir assim, tipo nos primeiros dias eles observam, a gente repassa a nossa rotina daqui, de atendimento o paciente, tudinho, e faz os primeiros procedimentos mostrando, depois a gente já deixa eles fazendo, mas observando se está sendo feito correto ou não.” (P6A)

“Então também, uma forma que eu tenho de ensinar é: calce a luva e vamos fazer. Porque a história de falar, falar e falar às vezes não resolve, metendo a mão na massa eu acho que é mais fácil de a gente aprender, porque eu pelo menos também sou assim. Então, tem algumas coisas que a gente tem que ter paciência e acaba tendo que repetir, e temos que entender que não é de primeira vez que aquilo vai ser fácil de entendimento para o aluno, porque para nós é rotina, mas para eles é novidade.” (P9A)

“Quando eu observo que algum residente tem alguma dificuldade de assimilar, aprender ou executar algum procedimento, eu procuro chamar a atenção, apontar as falhas dele, ficar mais próximo dele, intensifico a supervisão, incentivo a meter a mão na massa, perder o medo. E mando ir estudar, pesquisar e trazer pra gente discutir, vou tentando resolver por aqui

mesmo, já que a gente não tem instrução ou apoio pedagógico de como conduzir esse tipo de situação.” (P13B)

Organizar e dirigir situações de aprendizagem é uma competência cujo progresso demanda o conhecimento de como acontece o processo de aprendizagem para que se criem situações que assegurem e facilitem a sua ocorrência (PERRENOUD, 2000).

Perrenoud (2001) define ensino como um processo interpessoal e intencional, que faz uso essencialmente da comunicação verbal e do discurso dialógico finalizado como meios para suscitar, favorecer e levar ao êxito a aprendizagem em uma determinada situação. O autor reforça, ainda, que ensinar é fazer aprender e, sem a sua finalidade de aprendizagem, o ensino não existe, esclarecendo, portanto, a dependência entre os processos de ensino e de aprendizagem.

O processo de ensinar é algo que depende de o preceptor sustentar seus conteúdos com elementos históricos, nexos internos, pesquisas científicas e relacioná-los com os contextos onde tais conteúdos se apresentam (BURGATTI *et al.*, 2013).

Mira *et al.* (2011) concluiu, em seu estudo, que o enfermeiro preceptor possibilita a aprendizagem mediante a aproximação da realidade a ser vivida pelo residente, oportuniza situações-problema, conflitos e, conseqüentemente, a tomada de decisão através da vivência do trabalho em equipe. Nesse sentido, a integração acadêmico-assistencial vem viabilizar a definição de estratégias pedagógicas que articulem o aprender e o saber fazer, indispensáveis ao processo educativo desse residente.

Talvez, dentro desse processo e diante de algumas colocações dos enfermeiros preceptores, seja importante lembrar que o preceptor deva ter o cuidado necessário com o residente, pois a mudança de paradigma na saúde no Brasil tem todo um contexto histórico e deve ser trabalhada gradualmente. De acordo com Perrenoud (2002), o *habitus* formado em campo da maneira “pule na água e nade” é bastante regressivo e defensivo. Nessa perspectiva, Valente (2009) considera necessário nos abirmos para o novo, mostrando para quem chega como funciona o sistema, pois, para quem vivencia algo pela primeira vez, tudo parece muito difícil; na medida em que houver este espaço de aproximação entre os pares, nos fortaleceremos como equipe de trabalho.

Ainda sobre o processo de ensino-aprendizagem, é importante salientar que todo conhecimento científico disponível terá pouca significação se, no primeiro momento, não existirem o refletir e o identificar, na prática, os problemas do cotidiano. Nesse sentido, destacamos que a maioria dos preceptores utilizava estratégias muito semelhantes em suas práticas educativas, como, por exemplo, relatos de caso, execução de procedimentos, discussão de artigos científicos, seminários e estudos individualizados.

“Quando algum residente tem alguma dificuldade de aprendizagem a gente tenta buscar, tenta mostrar para ele, mostrar a nossa paciência com relação à dificuldade e tentar mostrar para ele, dentro daquilo que está em teoria, e tentar sanar as dificuldades que ele apresenta. Procura também passar algumas atividades didáticas para que eles possam, além de buscar esse conhecimento, também passar para a gente, para os outros profissionais que trabalham aqui, em regime de apresentação, aulinhas didáticas.” (P2A)

“Quando identifico alguma dificuldade de aprendizagem eu vou em cima do residente, dizendo que ele tem que ter força, que tem que se esforçar, que ele tem que estudar, a gente dá o material de rotina daqui nossa, damos o material com o nome dos medicamentos, que aqui eles têm que saber o nome dos medicamentos para poder efetivar a prática deles, senão não tem como.” (P6A)

“Aqui eles deixam nós, preceptores, bem à vontade, para dizermos aonde colocamos os meninos, os alunos, direcionar eles, e eu acho que muito pouco, porque, mas, em relação a parar, ensinar, aquele tempo, tipo, quando você vê alguma coisa nova e para e ensina, esse é o período que não dá, você acaba não tendo aquele tempo disponível para você parar e ensinar, aí geralmente você diz: Olha, vamos pesquisar tal coisa, vamos ver gasometria, vamos dar uma lida, e perguntar antes. Então, é porque às vezes o aluno chega aqui e não teve a teoria antes, chega cru, e às vezes você não tem tempo de mostrar aquilo no real, naquele momento.” (P8A)

“[...] mas, quando eles falam, e a gente percebe que têm uma dificuldade, a gente tenta martelar, ou seja, fazer com que a pessoa continue fazendo, praticando e praticando, para ver se melhora, você faz com que o residente vá em busca do conhecimento.” (P9A)

“Procuro ainda no dia a dia incentivar a parte da pesquisa, quando internam pacientes com doenças específicas, procuramos produzir relatos de casos, acompanhamentos de feridas para verificar a ação dos produtos utilizados, etc.” (P11B)

“Essa parte de teoria que tem que ter às vezes fica meio de lado, ficamos mais na prática e as dúvidas vão sendo tiradas ali, na hora da assistência mesmo.” (P12B)

“Quando dá tempo a gente senta e conversa com eles sobre a parte assistencial, tenta tirar alguma dúvida de teoria. Quando não sei alguma coisa que eles perguntam, mando eles irem pesquisar e trazer pra gente discutir junto.” (P13B)

“Também costuma dar uma relação de assuntos que o mesmo deve estudar para melhor relacionar na prática. As vezes solicito que os residentes preparem aula de um determinado assunto relacionado com sua residência e

campo de prática e no dia da apresentação deles vou dando orientações e relacionando com o dia a dia. Depois, quando percebo que o residente já está seguro, já o deixo fazer algumas atividades sozinho e apenas supervisiono.” (P15B)

Importante recordar o pensamento de Perrenoud (2000) quando nos coloca que existe a necessidade de se ter domínio dos conteúdos, porém, esclarece que este domínio está ligado ao saber relacionar este conteúdo aos objetivos e a situações de aprendizagem e não somente ter esses conhecimentos, ou seja, aprendizagem.

Saber planejar e fazer com que os dispositivos didáticos disponíveis no cenário da prática permitam aos residentes adquirirem conhecimentos é uma das enormes tarefas com a qual os preceptores lidam diariamente, de maneira que todos possam aprender. Nesse sentido, a competência de “Conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação” merece destaque, pois percebe-se por meio das falas que as estratégias de ensino utilizadas são sempre as mesmas, não levando em consideração que cada residente é diferente, tem dificuldades diferentes e níveis de aprendizagem diferentes.

Valente e Viana (2011) e Perrenoud (2000) fazem uma crítica com relação a tais estratégias, pois acreditam que o ensino deva ser organizado de forma diferente da usual, de maneira que se criem novos e mais atrativos espaços de formação e de avaliação, propiciando a cada educando, sempre que possível, situações de aprendizagem mais significativas e individualizadas.

Podemos dizer, até aqui, que ensinar exige liderança e respeito às diferentes necessidades de aprendizado. Freire (2013) reflete que ao docente compete não somente ter respeito pelo que os educandos sabem, mas também discutir com estes os motivos e razões desses saberes. Desta maneira, o ensino dos conteúdos ocorre de modo mais eficaz. Deve-se aproveitar a experiência que têm os alunos para promover discussões e reconstruir teorias e ensinamentos.

Sempre que o conhecimento é direcionado à atitude crítica em questões relativas à capacidade de busca de novos caminhos, valorizando ações rotineiras e repetitivas, em um processo de reflexão, expressa a capacidade de comprometimento profissional nos aspectos éticos, legais e técnicos da profissão (DINIZ; AVELAR, 2009).

Como já discutimos anteriormente, o preceptor é o profissional da assistência à beira de leito que trabalha como docente junto aos residentes no cenário de prática real, colocando toda a sua experiência, bagagem de conhecimento teórico e

habilidade prática a serviço desses estudantes. Contudo, deve também problematizar, fazer a mediação entre as necessidades do serviço, promover reflexões sobre as concepções voltadas à promoção da saúde e sobre as políticas públicas. Em relação à equipe, cabe a responsabilidade pelo acompanhamento e o apoio na formação dos residentes, além de perceber as necessidades de aprendizagem de cada um (PAGANI, ANDRADE, 2012).

Para que essa articulação seja possível, os processos de educação permanente são essenciais, permitindo ao docente a reflexão crítica sobre a prática. Pois, ao pensar criticamente a prática, é que se aprimora a próxima prática. As teorias, extremamente necessárias às reflexões, precisam ser concretas ao ponto de se confundirem com a própria prática (FREIRE, 2013).

Na atualidade, para alguns estudiosos, é um grande desafio formar preceptores com habilidades e competências para transmitir de forma eficaz os conhecimentos em curto espaço de tempo no cenário real assistencial. Observaram que o preceptor acaba se tornando a figura central que apresenta aos residentes o caso do paciente e dá abertura para que eles tirem suas dúvidas, busquem informações, realizem procedimentos e também possam traçar as condutas. Por outro lado, a falta de organização das estratégias ou até mesmo a falta de um método de ensino para a condução da preceptoria podem gerar um excesso de liberdade, fazendo com que o residente se sinta abandonado (SKARE, 2012).

Sendo assim, concordamos com Barreto *et al.* (2011) que é essencial ao preceptor desenvolver estratégias de ensino que possibilitem aos residentes acompanhar o raciocínio clínico, quanto à coleta de dados na anamnese inicial, ao que é buscado no exame físico, às hipóteses diagnósticas e, conseqüentemente, à investigação clínica. É importante que ele incentive a participação dos residentes, seja pela realização da evolução clínica, seja acompanhando pacientes na realização das condutas. Enfim, há diversas possibilidades para criar compromisso e estimular a participação dos residentes e isso vai depender da especificidade do cenário, da disponibilidade e habilidade para ensinar do preceptor.

5.2.3 Processo de Avaliação

Verificou-se, através das falas dos enfermeiros preceptores, que nas instituições participantes existe o processo de avaliação de caráter formativo e somativo. Sendo esta última materializada através de um instrumento avaliativo estruturado, possibilitando a inserção de parecer descritivo acerca do desempenho do residente, aplicado sempre ao final do estágio nos setores pré-determinados.

“A gente tem uma ficha de avaliação de estágio também, que a coordenação encaminha para gente avaliar o desempenho deles, mais com relação à habilidade técnica, interesse pelo serviço, relação com a equipe, capacidade de gerenciamento, essas coisas [...], então a gente atribui um nota e pronto. No final tem um espaço pra fazer algum comentário sobre o desempenho deles também” (P6A)

“No final do estágio aqui na clínica a gente senta com eles, preenchemos o formulário de avaliação com os critérios, que são direcionados parte assistencial, técnica, interesse, proatividade. Eu gosto de conversar com o residente e pontuar cada item da avaliação e no final dar a nota.” (P8A)

“A avaliação eu faço durante todo o estágio aqui na UTI, sempre observando o comportamento deles, o conhecimento teórico e a parte técnica. Tem uma ficha que a gente entrega no final do estágio com as notas e umas observações para a coordenação.” (P13B)

A CNRMS determina que as avaliações de desempenho dos residentes precisam ser realizadas semestralmente, devem ter caráter formativo e somativo, com a utilização de instrumentos que contemplem os atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores estabelecidos pela Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da instituição onde os programas são desenvolvidos (BRASIL, 2014).

No que diz respeito ao processo de avaliação formativa, esta ocorre constantemente durante o período de estágio do residente. Observa-se que essa avaliação é contínua, acontece no cenário prático, sendo apenas relatada formalmente ao final do estágio, num espaço específico para observações no mesmo instrumento de avaliação somativo.

“Fazemos avaliação contínua dos residentes. Se eu identifico alguma dificuldade no decorrer do estágio relacionada à minha área, especificamente a enfermagem, eu vou tentar falar, refalar, trazer material, orientar estudo, a busca para estimular o residente a tentar entender aquilo. Se ainda assim não for viável, aí eu tenho que passar a bola, chamar a coordenação da residência, [...] e a gente tem que criar estratégia, chamar a equipe pedagógica, até porque a gente não foi capacitado de como devemos fazer essa avaliação.” (PA7)

“Estou avaliando eles o tempo todo e eles me avaliando também. Quando me deparo com essa situação (dificuldade de aprendizagem), primeiro eu procuro conversar, porque no próprio relato a gente pergunta o que está acontecendo, se ele realmente não está aprendendo, ou não está se esforçando para aprender. Alguns se mostram desinteressados, ou alguns apresentam uma dificuldade maior, muitas vezes porque têm medo aqui da UTI.” (P9A)

“A gente vai fazendo a avaliação no dia a dia como pode. Quando dá tempo a gente senta e conversa com eles sobre a parte assistencial, a parte prática, tenta tirar alguma dúvida de teoria e eles também vão me dando o feedback do meu trabalho na preceptoria. Quando não sei alguma coisa que eles perguntam, mando eles irem pesquisar e trazer pra gente discutir junto.” (P13B)

“Nas nossas conversas e avaliações sobre o estágio sempre lembro que eles precisam estudar, que o fato dele saber executar a técnica não faz dele um bom profissional, que precisa ter conhecimento científico até para ser respeitado pelos outros membros da equipe. Precisa saber falar, interpretar dados, escrever, identificar sinais para poder questionar, senão será mero executor de prescrições.” (P16B)

Perrenoud (2000) defende que todo ensino deveria ser estratégico, idealizado numa perspectiva de longo prazo, sendo cada ação decidida em função da contribuição desse ensino à progressão das aprendizagens de cada um. Apesar de ser uma afirmativa evidente, na prática é um pouco difícil de desenvolver a competência de “Administrar a progressão das aprendizagens”, inclusive na residência, devido às limitações da educação oficial, aprisionada a períodos letivos que condicionam a progressão das aprendizagens a esses períodos preestabelecidos.

Notou-se que nos cenários onde se desenvolve a preceptoria a avaliação ocorria de maneira contínua, ou seja, a gestão da progressão das aprendizagens se dava por meio da observação contínua e de avaliações periódicas das aquisições de habilidades e conhecimentos dos residentes, o que se torna um instrumento extremamente importante para que o preceptor e preceptorado aprovelem o processo de aprendizagem ou não, atentando para a necessidade de mudanças quando necessário.

As avaliações periódicas levam, necessariamente, à avaliação das aquisições de habilidades e conhecimentos dos residentes, da construção das suas competências. Essa avaliação, segundo Perrenoud (2002), deve ser formativa, passando por uma coanálise do trabalho dos residentes e pela regulação de seus investimentos mais do que pelas notas ou classificações.

Perrenoud (2000) sustenta que uma das competências iniciais no ensino é saber regular os processos de aprendizagem, mais do que auxiliar o êxito da atividade.

É importante que o preceptor consiga determinar, interpretar e memorizar os momentos significativos que ocorrem durante o processo e que contribuem para estabelecer um quadro de conjunto do residente e da sua atuação na realização das diversas atividades (assistenciais, gerenciais, educação permanente) propostas no âmbito da residência.

A avaliação não deve ser essencialmente somativa, e sim complementar a um processo formativo para a inclusão, autonomia, diálogo e reflexão. Formativo no sentido de ser construído gradativamente, observando-se o cumprimento ou não dos objetivos de aprendizagem, e somativo por atribuir uma nota ao final do estágio. Não é um ato de punição ou vingança do preceptor/docente, mas oferece direcionamento para se tomar decisões e definir prioridades na busca de respostas e caminhos para os problemas detectados (STEINBACH, 2015).

Durante a coleta de dados e por meio das falas citadas, foi possível detectar que os preceptores não foram instruídos formalmente quanto ao processo de avaliação dos residentes. Eles sabiam que precisavam preencher o formulário de avaliação ao final do estágio, atribuindo notas de acordo com os itens listados, e tecer comentários sobre o desempenho do residente, porém não foram devidamente treinados e esclarecidos para tal.

As práticas que levam a uma avaliação formativa exigem, segundo Perrenoud (2000), capacitação do professor nesse tipo de avaliação. A importância maior está em aprender a avaliar para ensinar melhor, não separando a avaliação do ensino e considerando cada situação de aprendizagem como fonte de informações ou de hipóteses valiosas na delimitação dos conhecimentos e da atuação dos alunos.

Nesse sentido, trazemos a reflexão de Trajman *et al.* (2009) ao entender que, se os profissionais que estão nos serviços de saúde são responsabilizados pela formação juntamente com a avaliação do educando, precisam ser capacitados para estas funções. Entre as atribuições da docência, a formação e a avaliação por competências, por exemplo, são consideradas as de maior complexidade. Não se pode esperar que o profissional de saúde apresente estes desempenhos sem que tenha sido preparado para esta função e para que este possa compreender seu papel e sua responsabilidade na formação do residente.

Para Perrenoud (2000) administrar as progressões de aprendizagem, ou seja, avaliar o educando, exige do professor o estabelecimento de laços entre teorias e atividades de aprendizagem. Essas teorias podem ser científicas ou simplesmente

tradicionais ou imitativas. O professor precisa questionar-se sempre “por que se faz o que se faz”, e saber escolher e modelar as atividades em função daquilo que faz com que se aprenda melhor.

Para facilitar o acompanhamento e avaliação dos alunos, o autor sugere que o professor pode utilizar, além da observação contínua, diários e portfólios. E alerta ao lembrar que, evidentemente, a observação contínua não tem apenas a função de coletar dados com vistas a realizar um balanço. Sua primeira intenção é formativa, o que, em uma perspectiva pragmática, significa que considera tudo o que pode auxiliar o aluno a aprender melhor.

Apesar da ausência do treinamento acerca do processo avaliativo do residente, verificamos que ele é sistemático e, de certa forma, fundamentado na participação de todos os envolvidos, uma vez que durante a avaliação formativa é oportunizado ao preceptor e preceptorado a avaliação do processo como um todo. Corroborando com o pensamento de Bentes *et al.* (2013) quando afirma que, nesse propósito, instrumentos de acompanhamento do processo ensino-aprendizagem têm sido construídos, ultrapassando o modelo tradicional, aquele de simples verificação de conteúdos acumulados e memorizados e puramente voltados à esfera da cognição, evoluindo para um processo mais abrangente, orientado a todos os seus aspectos, inclusive ao próprio programa e à atividade docente, à autoavaliação e *feedbacks*.

5.3 ASPECTOS RELEVANTES E DESAFIOS DO CENÁRIO DA PRECEPTORIA

5.3.1 Facilidades

Durante o processo de entrevistas e análise das mesmas, ficaram evidentes relatos acerca da facilidade que alguns preceptores afirmavam ter em conduzir o processo de ensino-aprendizagem dos residentes e como isso lhes trazia satisfação pessoal.

“Uma das facilidades que eu tenho pra ser preceptora é gostar de ensinar, gostar de ser preceptora, e a didática, acho que, preceptor, acima de tudo ele tem que ter didática, porque não adianta você conhecer e não conseguir transmitir isso para o residente.” (P2A)

“Eu gosto de estar aqui, de estar envolvido na residência, de ser preceptor. Até por que eu já fui residente. Então isso me ajuda e me estimula para ser um bom professor.” (P7A)

“Eu posso dizer como facilidade pra trabalhar como preceptora é o fato de eu gostar muito dessa área da educação também, de ensinar. Então tenho paciência, consigo transmitir meu conhecimento para os residentes e tento procurar maneiras de conduzir aqui na prática da melhor forma possível.” (P13B)

“Como facilidades que eu encontro, posso te dizer que gosto de trabalhar com os residentes, é gratificante fazer parte dessa fase deles, gosto de ensiná-los e estar na companhia deles e por isso tenho um bom relacionamento com eles e isso facilita o trabalho de preceptoria.” (P15B)

Troncon (2014) nos revela que um dos determinantes mais importantes do ambiente educacional são os educadores. Além de determinantes, são frequentemente os responsáveis pelo seu aperfeiçoamento e pela sua manutenção em condições favoráveis dos ambientes onde ocorrem ações educativas. Por esta razão, os educadores devem ser vocacionados para a atividade didática e preparados para trabalhar como docentes. Além de necessariamente deter familiaridade com o conteúdo, devem ter domínio satisfatório dos princípios do aprendizado e das técnicas de ensino.

Espera-se que ocorra a alteração do paradigma que trata da atuação do educador, de simples transmissor de conhecimentos, para um profissional que cumpre uma diversidade de papéis no campo educacional, com domínio dos conhecimentos e habilidades pertinentes (TRONCON *et al.*, 2014)

É importante ter em mente que apenas a vontade de ser preceptor/educador não garante a qualidade do ensino, nem a formação do perfil adequado para o cenário atual da saúde. Contudo, trazemos à discussão pensamentos de Donald Schön (2000), um *expert* e estudioso sobre prática docente, que defende uma formação docente sustentada na epistemologia da prática, na qual o professor utiliza sua experiência profissional, considerando-a em seu contexto social, através da reflexão e do seu conhecimento tácito. O que nos leva a crer que, talvez, isso faça dos preceptores com vontade de ensinar promissores docentes para ensinar o mundo do trabalho.

Outros quesitos facilmente percebidos e apontados como pontos positivos foram a necessidade de constante atualização profissional e a busca por conhecimentos por parte dos enfermeiros preceptores.

As práticas pedagógicas mudam ao longo do tempo, o progresso é inexorável, mesmo que lento. Para Perrenoud (2000), o progresso demanda renovação,

desenvolvimento de competências adquiridas em formação inicial, e até competências inteiramente novas ou necessárias para a maior parte das instituições.

Quanto à necessidade de manter-se sempre atualizado e à autonomia na busca desses conhecimentos, neste estudo, os enfermeiros preceptores afirmaram que conseguiam identificar suas próprias necessidades de aprendizagem e buscavam conhecimentos em bases de dados, livros e cursos. O que corrobora com os estudos de Afonso *et al.* (2013) e Ferreira *et al.* (2010)[,] ao perceberem que preceptores que atuam como docentes orientam frente a situações reais do cuidado, estimulando a visão crítica e a autonomia na produção do conhecimento, ao mesmo tempo em que se mantêm atualizados em relação ao processo de formação.

“Acho que ter esse residente aqui no setor é um ponto muito positivo, porque de certa forma isso me estimula a estar sempre me atualizando cientificamente, lendo artigos, fazendo cursos e me motivando em buscar novos conhecimentos. A gente acaba fazendo uma troca com eles, a gente vai se ajudando.” (P1A)

“Assumir essa função de preceptora me ajuda a sempre estar inteirada sobre as mudanças que ocorrem na nossa área, porque eu me sinto responsável pela formação deles e isso me impulsiona a correr atrás de artigos, livros, cursos... tudo que pode me ajudar enquanto profissional e preceptora, pra que a gente consiga fazer essa interação saudável e rica troca de conhecimentos com eles.” (P4A)

“E eu gosto muito de ter essa experiência aqui, eu consigo fazer com que a gente se ajude, eu ajudo aqui na prática e o residente, por estar aprendendo, pesquisando, ele traz assuntos novos, recentes, eu consigo também me atualizar e a gente vai construindo e fazendo essa troca legal de conhecimento.” (P13B)

“Costumo dar uma relação de assuntos que os residentes devem estudar para melhor relacionar com a prática. Dessa maneira eu consigo também me manter atualizada, porque eles acabam trazendo muitas coisas novas. Eles preparam uma aula sobre o assunto e no dia da apresentação vou dando as orientações, perguntando sobre o tema, tirando as minhas dúvidas e as deles, e relacionando com o dia a dia e a minha experiência na área. (P15B)

Os depoimentos dos enfermeiros demonstram que a atividade de preceptoria e a presença do residente no cenário da prática têm colaborado para o desenvolvimento da competência de “Administrar a sua própria formação e enriquecimento contínuo” na medida em que conseguiam fazer para si e para seus residentes a incansável busca por pesquisas, estudos, leituras, debates e a troca de conhecimentos e experiência mútua. O próprio professor deve ser capaz de administrar a sua formação

continuada e seu enriquecimento diário, buscando libertar-se da rotina e adquirindo ousadia para buscar novos caminhos (VALENTE, VIANA, 2011; PERRENOUD, 2000).

Em estudo de Bentes e colaboradores (2013) foi observada a importância do papel do preceptor neste processo onde há troca e consolidação da aprendizagem para preceptor e preceptorado, o que motiva e valoriza a atuação do preceptor em seu ambiente de trabalho. A presença do residente tem estimulado as transformações nas práticas dos profissionais de saúde por meio da troca de saberes. Os preceptores que fazem reflexões acerca de seu papel têm maior facilidade em repensar suas práticas. Acabam influenciando futuros profissionais a agirem de forma semelhante, com responsabilidade e ética sobre suas ações.

Saber explicitar as próprias práticas é uma competência que constitui a base de uma autoformação. Formar-se, segundo Perrenoud (2000, p. 160), não é somente fazer cursos, "é aprender, é mudar, a partir de diversos procedimentos pessoais e coletivos de auto formação". O autor, ressaltando a importância da prática reflexiva, menciona, como exemplo desses procedimentos, a leitura, a experimentação, a inovação, o trabalho em equipe, a participação em um projeto da instituição, a reflexão pessoal e regular, a redação de um jornal ou a simples discussão com os colegas.

Observa-se que a prática reflexiva profissional não é solitária, está presente entre os atores envolvidos, preceptor e residente. Perrenoud (2000, p. 160) enfatiza que "participar de um grupo de análise das práticas constitui uma forma de treinamento, que permite interiorizar posturas, procedimentos, questionamentos", a serem exteriorizados quando necessário.

Conforme discutido por Botti e Rego (2011) a capacidade de refletir, analisar e avaliar as vivências é essencial ao processo de aprendizagem. Os autores afirmam que a reflexão pressupõe dois momentos: inicialmente o indivíduo faz uma análise sobre a maneira como executa as ações, em seguida, avalia o grau de qualidade com que executa tais ações. A capacidade de refletir pressupõe que o profissional esteja em constante avaliação, sempre buscando aprender melhores ferramentas para executar as ações e qualificando sua prática.

Por que é importante refletir sobre a própria prática? Antes de tudo, porque a prática reflexiva é uma fonte de aprendizagem e de regulação. Perrenoud (2002, p. 48) apresenta dez motivos para a prática reflexiva: 1 - compensar a superficialidade da formação profissional; 2 - favorecer a acumulação de saberes de experiência; 3 - propiciar uma evolução rumo à profissionalização; 4 - preparar para assumir uma

responsabilidade política e ética; 5 - permitir enfrentar a crescente complexidade das tarefas; 6 - ajudar a vivenciar um ofício impossível (os objetivos raramente são atingidos); 7 - oferecer os meios necessários para trabalhar sobre si mesmo; 8 - estimular a enfrentar a irredutível alteridade do aprendiz; 9 - aumentar a cooperação entre colegas; 10 - aumentar as capacidades de inovação.

É comum que os profissionais, à medida que entrem em contato com o seu trabalho e se habituem com ele, sejam levados a se distanciar da reflexão na e sobre a ação (SCHON, 2000). Esse movimento é comum devido a vários fatores, que discutiremos adiante, porém podemos citar a sobrecarga de trabalho, a rotina pesada de trabalho da clínica, além da própria demanda do serviço que é alta, porém, como podemos ver, os entrevistados reconheciam que a presença dos residentes os estimulava a refletir e com isso muitas vezes modificavam e melhoravam sua prática, o que mostra que a Residência também traz desenvolvimento e melhora para o serviço. A Residência é uma via de mão dupla, ao mesmo tempo em que o serviço contribui para o ensino de profissionais qualificados, o ensino desses profissionais contribui para o aperfeiçoamento do serviço.

Com base no que teoriza Perrenoud (2000), o educador da atualidade precisa se preocupar com a sua formação permanente, pois, como já citado anteriormente, uma vez constituída nenhuma competência permanece adquirida por simples inércia. Competências não são pedras preciosas que se guardam em um cofre, onde permaneceriam intactas, à espera do dia em que se precisasse delas. O ensino torna-se mais vivo e mais completo, quando são enriquecidas (as competências) com estudos, pesquisas, leituras, debates, nos cursos de que se participa, nos programas que se vê, nas experiências que se troca, sendo necessário que o professor participe efetivamente de tais movimentos como forma de enriquecer o seu conhecimento e permanecer atualizado, continuamente, sob pena de não conseguir acompanhar as mudanças que surgem a todo momento na educação não só brasileira, mas mundial.

Neste ponto, os pensamentos com relação à residência mostraram que essa modalidade de ensino em serviço acaba funcionando como uma mola propulsora da melhoria dos processos e da qualidade assistencial, uma vez que estimula a mudança da realidade, através da educação permanente.

“A presença do residente às vezes consegue trazer mudança aqui para o setor. Consigo extrair dele as boas experiências que ele teve anteriormente, aquele conhecimento que está fresquinho da faculdade ainda. Então busco mostrar a nossa realidade e ver como ele pode contribuir para a gente

melhorar o setor, com treinamento da equipe, com o processo assistencial como um todo.” (P3A)

“Nós conseguimos rever muitas coisas desde quando a residência começou. Os residentes contribuíram aqui revendo alguns dos nossos impressos da clínica, com informações mais atuais.” (P4A)

“Como facilidade para fazer preceptoria, acho que, no meu caso, o principal é porque eu gosto de receber residente, gente nova, com todo gás, para ajudar no setor, a gente consegue se atualizar, rever protocolos, essas coisas de gestão que é difícil a gente ter tempo para parar e fazer. E através disso a gente consegue trazer qualidade para o serviço, para a assistência.” (P14B)

“A facilidade é que nós estamos no próprio serviço, você está ali aprendendo e vendo na vida real como as coisas acontecem, isso para mim é uma facilidade. Nesse processo conseguimos mudar a realidade, a assistência, na hora e momento que ela acontece. E ao mesmo tempo que a gente está ensinando, direcionando, estamos identificando o que pode ser melhorado para o bem da equipe, da instituição e principalmente para o paciente.” (P17B)

Instituída em 2004, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é definida como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Tendo, ainda, como objetivo transformar e qualificar as práticas de formação, atenção, gestão, controle social; a organização dos serviços de saúde e os respectivos processos de trabalho; as práticas pedagógicas de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde.

No contexto da Residência em Saúde, a Educação Permanente em Saúde tem como propósito integrar a prática dos profissionais do serviço, e a produção de novos saberes, com ênfase na transformação dos processos de trabalho. Para que isso ocorra, os residentes e preceptores devem ser envolvidos e reconhecidos como agentes de mudanças nos cenários de formação do SUS. (SOUZA *et al.*, 2013)

Albuquerque *et al.* (2008) observaram em seus estudos que a inserção do residente no cenário de prática pode trazer à tona uma série de problemas que existem nos serviços, tendo em vista que raramente tem-se disponíveis as condições ideais de trabalho. A vivência no cenário de prática deve proporcionar reflexões que potencializem a capacidade de transformações positivas na realidade pelos profissionais em formação. Para que isso possa ser colocado em prática, os profissionais e os serviços devem estar abertos para receber os educandos em seu cotidiano, de maneira que entendam a lógica real do trabalho. É essa vivência do real que poderá dar ao profissional que está sendo formado a dimensão das necessidades

de saúde da população, além das dificuldades encontradas pelos profissionais do serviço, já que estes são pontos que podem ficar ocultos durante a apreensão do conteúdo teórico pelos educandos.

Entretanto, o processo de ensinar para a mudança envolve esforços e atitudes tanto dos preceptores quanto dos residentes. Isso significa que os preceptores devem estar convictos de que não são os únicos responsáveis pelo aprendizado dos residentes (BURGATTI *et al.*, 2013).

Nesse sentido, Perrenoud (2000) lembra que envolver os alunos em atividades de pesquisa e em projetos de conhecimento passa por uma capacidade fundamental do ofício de professor: tornar acessível e desejável sua própria relação com o saber e com a pesquisa, encarnar um modelo plausível de aprendiz, e, nesse contexto, tomar a consciência de que, nessa troca, também se aprende.

Não há dúvidas de que as atividades de pesquisa estimulam o aprimoramento de várias habilidades de caráter intelectual, relacional e, por vezes, emocional. Porém, o uso da pesquisa como instrumento de ensino requer do preceptor a compreensão do que Perrenoud (2000) chama de delicado equilíbrio a ser encontrado entre a estruturação didática do procedimento e a dinâmica da turma, ou seja, um trabalho de pesquisa exige dedicação, concentração, habilidade de leitura e, sobretudo, interesse vivo por parte do pesquisador. Portanto, a atividade de pesquisa só se desenvolve se os residentes realmente quiserem que ela aconteça, isto é, se estiverem potencialmente interessados.

A pesquisa não é só importante para o residente, mas, também, para o hospital de ensino e para o preceptor que, ao incentivá-la também estará se beneficiando, tanto do produto da pesquisa desses residentes, quanto do próprio trabalho que é obrigado a desenvolver para orientá-los.

5.3.2. Dificuldades e Fragilidades

Neste subtema agruparam-se os relatos das dificuldades e fragilidades percebidas pelos enfermeiros preceptores, emergindo quatro padrões mais comumente relatados, a saber: Sobrecarga de trabalho e acúmulo de funções; Ausência de incentivos à atividade de preceptoria; Distanciamento com a Coordenação da Residência e a Universidade; e Ausência de capacitação pedagógica para o exercício da preceptoria.

Algumas das grandes dificuldades dos enfermeiros preceptores, comentada por todos os entrevistados, foram a sobrecarga de trabalho e o acúmulo de funções durante o exercício da preceptoria.

“[...] tem algumas coisas que faltam, como às vezes a gente não tem o tempo de estar próximo ao residente, porque a gente fica na assistência e fica na burocracia, na parte da papelada, e agora na coordenação, fica bem mais difícil de a gente ficar o tempo todo com eles, para tirar alguma dúvida, para realmente fazer o papel do preceptor.” (P1A)

“Faço o trabalho de enfermeira assistente, gerencial e preceptora com muitas dificuldades, e a gente sente assim às vezes que não está fazendo o nosso papel como deveria, então acaba faltando ali, então eu fico com uma certa frustração, uma angústia por não estar sendo como deveria ser os cem por cento, pelo menos noventa, por todas essas atividades que nós temos que exercer ao mesmo tempo aqui dentro.” (P3A)

“Eu gosto de falar daquilo que eu sei, eu gosto de dividir, então... agora assim, na prática é difícil, porque você tem que atender às solicitações da equipe... tem que dar atenção para o paciente, tem que ser resolutivo administrativamente, e ainda tem que ser preceptor, mostrar para aquele enfermeiro que está ali em treinamento como deve ser feito, como ele deve conduzir, tirar as dúvidas dele, porque às vezes são momentos únicos, oportunidades únicas que a gente tem que tentar ali direcionar de fato.” (P7A)

“Relacionado ao processo de trabalho há, além das responsabilidades assistenciais, como trabalhadora, a necessidade de participação na elaboração, execução e avaliação do programa de residência e a orientação e supervisão dos residentes na instituição, o que muitas vezes gera sobrecarga profissional e conflitos.” (P11B)

“Como te falei, é muito cansativo fazer as três coisas ao mesmo tempo, e não ter apoio e nem pessoal pra ajudar a dividir as tarefas. Eu me sinto sobrecarregado, às vezes até desestimulado, me estresso, fico sem paciência... enfim, é ruim trabalhar desse jeito, porque acabamos não fazendo alguma coisa direito e normalmente é o residente que acaba perdendo nesse processo.” (P14B)

A falta de tempo é um dos problemas enfrentados na preceptoria, já que o preceptor é cobrado para realizar, além de suas atividades assistenciais, a sua tarefa

como educador com competência em um curto espaço de tempo, por causa da sobrecarga de trabalho que há nos serviços de saúde (SKARE, 2012).

Estudo de Cunha *et al.* (2010) evidenciou que a sobrecarga de trabalho do preceptor conduz, também, a uma preceptoria que deixa lacunas, uma vez que, para conseguir gerir eficazmente o tempo e responder à produtividade exigida pela instituição, alguns preceptores optam por executar os procedimentos técnico-assistenciais, em detrimento do ensinar e orientar os residentes sob sua supervisão. Uma possível saída seria o compartilhamento da preceptoria entre todos os profissionais do serviço, como tentativa de minimizar a sobrecarga que hoje se apresenta para aquele único profissional que assume diversas funções.

Bentes *et al.* (2013) confirma que, além da pouca carga horária destinada à preceptoria e da demanda assistencial elevada, outros problemas são observados na gestão do trabalho, como o acúmulo de funções, a baixa ou a não remuneração da atividade, e a ausência de regulamentação para o exercício da preceptoria.

Cunha, Vieira e Roquete (2013) consideram importante a disponibilidade de tempo para que o preceptor realize suas funções, entretanto identificaram, em sua pesquisa, que, no programa de residência estudado, o preceptor parecia ter pouca disponibilidade de tempo para orientação e acompanhamento dos residentes devido à sobrecarga de trabalho.

Portanto, observamos que a preceptoria é uma atividade a mais para o enfermeiro assistente, podendo ser percebida, nos relatos, uma preocupação desses enfermeiros em conciliar as funções de ensino com as atividades assistenciais. Nesse sentido, Miranda *et al.* (2013), em trabalho realizado sobre a valorização e o reconhecimento da preceptoria, também identificou que, no âmbito da residência médica, o preceptor também sofre com a limitação do tempo para o exercício desse duplo papel, ou seja, médico e preceptor.

Além da sobrecarga de trabalho, já discutida anteriormente, os enfermeiros preceptores deixaram muito claras suas insatisfações com a falta de valorização e de incentivos ao desempenho da função de preceptor, principalmente relacionadas à ausência de incentivo financeiro.

“Não temos nenhum tipo de incentivo financeiro, folga, treinamento. [...] Só solidariedade com o residente mesmo.” (P1A)

“Não existe nenhum tipo de incentivo por parte da instituição, nem incentivo financeiro, por estar um ano, até onde eu sei é fornecido apenas o certificado [...]” (P2A)

“Não temos nenhum tipo de compensação como folga ou redução da jornada de trabalho, eu acho que isso daí ninguém iria querer, tem que ser financeiro, não adianta, principalmente nos tempos atuais.” (P5A)

“Não recebemos nenhum incentivo, de nada. Como eu falei, não tive nem um preparo, quando eu fui admitida, ninguém também me disse que iríamos receber alguma coisa e tudo mais, mas eu fui me adaptando à realidade.” (P8A)

“A gente não recebe nada de incentivo, nem financeiro, folgas, nada, não existe nem um tipo de didática repassada a nós. Não somos motivados a fazer uma boa preceptoria.” (P10A)

“A motivação que temos provém do relacionamento que desenvolvemos com os residentes e não de algum incentivo da instituição. Não temos folga, incentivo financeiro, tempo pra gente se capacitar, treinamentos, nada disso.” (P12B)

“Quanto ao incentivo, afff! O que é isso. Existe? Bem, logo no início, informaram: ‘Estão aqui os residentes, e vocês são os preceptores e não tem bolsa para pagar preceptor’ Também nunca recebemos cursos para incentivar nossa formação.” (P15B)

O preceptor, como qualquer outro profissional, é um ser humano e social, e como tal está sujeito a todas as virtudes e mazelas que emanam da sociedade e do contexto onde está inserido. Perrenoud (2000) afirma que, apesar da dimensão educativa do trabalho docente, seria absurdo e injusto esperar que os professores cultivem virtudes educativas infinitamente maiores do que as da sociedade que lhes confere a incumbência de ensinar. Ele não está imune, pela sua condição humana, às influências dessa sociedade.

Estudo realizado por Cunha e colaboradores (2011) concluiu que o desenvolvimento profissional é formado por um conjunto de fatores que possibilita ou impede que o professor progrida, e enfatiza que esse desenvolvimento profissional não se restringe a cursos, mas requer outros fatores envolvidos no processo de trabalho, como estrutura, remuneração, reconhecimento, adesão, relações, entre outros, fatores esses que influenciam no desenvolvimento profissional. Entendemos que muito além de oferecer cursos de capacitação se encontra o desafio da qualificação e valorização da função de preceptor.

Apesar de o SUS ter como compromisso formar recursos humanos e as DCNs, desde 2001, apontarem para o aprendizado na prática, a preceptoria nem sempre recebe valorização e incentivo para que os profissionais desenvolvam esta função,

com referência não apenas à remuneração, mas também ao apoio de gestores, instituições, capacitação e infraestrutura (SIMÕES; MAEDA, 2011).

Para Soares *et al.* (2013) a iniciativa de criar políticas relacionadas à valorização dos preceptores está intimamente ligada com a política interna de cada região e com a interação dos gestores tanto estaduais como municipais para que abracem a ideia, de modo a possibilitar a regulamentação conforme a realidade local.

Outra dificuldade/fragilidade apontada pelos participantes deste estudo está relacionada à integração ensino-serviço, uma vez que foi apontado o distanciamento existente entre o preceptor, a coordenação da residência e a Universidade.

“[...] sinto falta da coordenação junto, que poderia estar presente em alguns momentos com o preceptor e com os próprios alunos, até para a gente começar a definir funções, direcionamento desses alunos.” (P2A)

“Às vezes o residente chega sem nem um papel na clínica, sem uma frequência, sem uma carta de apresentação, acontece isso. Tem uns que vêm com o funcionário do Departamento de Ensino e Pesquisa, e o servidor vem com uma cartinha, tudo e tal, mas algumas vezes não. Então, eu vejo que, o processo, ele é um pouco bagunçado, nem sempre ele é bem estruturado, é o que me parece.” (P5A)

“[...] então eu acho que deveria ter mais um relacionamento entre preceptor de prática e professor em sala de aula, ter reuniões com eles, não somente com os gerentes, mas também com os assistentes, porque eles acompanham os assistentes, e não os gerentes.” (P6A)

“A coordenação não diz para a gente qual o objetivo da residência de enfermagem, não tem nada disso. A gente não se sente de fato inserido na residência.” (P8A)

“Precisamos é de uma melhor cooperação da equipe de coordenadores da residência com a equipe de preceptores, que eles fossem treinados para essa função, recebessem orientação do seu papel e apresentassem um feedback quanto a suas atividades.” (P11B)

“A preceptoría aqui no hospital é muito largada, a gente não participa do processo de gestão da residência. [...] O hospital junto com a universidade deveriam chamar os preceptores, explicar o que é a residência, qual o nosso papel no campo de prática com esses meninos [...]” (P14B)

“Em relação à preceptoría, entendo que, na instituição na qual trabalho, ela deve ser reorganizada, já que ela é imposta a nós, enfermeiros assistentes, sem uma prévia orientação, comunicação e preparação.” (P15B)

No Brasil a política de educação na saúde é organizada através da integração do ensino com a rede prestadora de serviços do SUS, constituindo um ato pedagógico de aproximação dos profissionais da rede de serviços de saúde às práticas pedagógicas e aos professores dos processos de atenção em saúde, proporcionando

assim a inovação e a transformação dos processos de ensino e de prestação de serviços (HADDAD, 2011).

É um equívoco crer que a produção do conhecimento teórico-prático seja de exclusividade das pesquisas e do ensino produzidos dentro dos muros das universidades. Não desmerecendo a relevância dessas instituições, porém, é preciso pensar que foge do alcance delas recriar o cenário real do mundo do trabalho (STEINBACH, 2015).

Portanto, os Programas de Residências em Saúde, no quesito qualidade de ensino, são o palco ideal para ações de ensino-aprendizagem, uma vez que combinam o dia a dia do serviço dos preceptores com a expertise dos profissionais da academia. Outrossim, como já discutido anteriormente, a Residência é uma via de mão dupla, ao mesmo tempo em que o serviço contribui para o ensino de profissionais qualificados, o ensino desses profissionais contribui para o aperfeiçoamento do serviço como um todo (STEINBACH, 2015).

Estudo de Cavalheiro e Guimarães (2011), que buscou identificar as potencialidades da integração ensino-serviço para a formação no cenário do SUS, ouvindo atores envolvidos nesse processo (IES, docentes, discentes, gestores locais e profissionais do serviço), concluiu que é necessário investir nas relações entre academia e serviço, de maneira que haja uma integração dos valores e possibilidade de compreensão mútua e decisões compartilhadas.

Mello e colaboradores (2012) perceberam que, para garantir uma efetiva integração do ensino com as redes de serviços, é preciso entender o SUS como um interlocutor essencial das escolas na formulação e implementação dos projetos pedagógicos na formação de recursos humanos e não apenas como um campo de estágio.

Dobalian *et al.* (2014) afirmam que, para que a preceptoria possa atingir seus objetivos educacionais, é preciso que as instituições formadoras e os serviços de saúde se responsabilizem pela formação na saúde, nos diferentes níveis e cenários de prática.

Conforme observado por Silva, Viana e Santos (2014), a ausência do apoio institucional pode influenciar negativamente o trabalho do enfermeiro preceptor, pois, para que a prática pedagógica cumpra seu papel fundamental para a transformação da realidade, é essencial que seja realizado o planejamento das atividades, traçados objetivos, definidos conteúdos, estratégias, fornecidos recursos didáticos e avaliação

do processo. Devendo ser assegurados e construídos com a participação de todos os envolvidos no processo educativo (preceptores, residentes, usuários, universidade).

Avançar no fazer da preceptoria como prática educativa requer romper paradigmas para construir caminhos que viabilizem maior integração entre o ensino e os serviços de saúde (RIBEIRO; PRADO, 2013).

No cenário da prática, da vida real, onde, como dizem, “mata-se um leão por dia”, e a realidade é árdua, o preceptor necessita do apoio de todos os atores envolvidos no contexto da residência, para conseguir desempenhar o seu papel. Portanto, é de fundamental importância a integração ensino-serviço, onde diferentes olhares poderão ser capazes de contribuir para o aprender fazendo. A universidade, como instituição formadora, tem o dever legal, moral e ético de dar sustentação ao trabalho desenvolvido pelo enfermeiro preceptor.

Por fim, outra fragilidade unânime apontada pelos enfermeiros preceptores é a ausência de capacitação pedagógica para subsidiar as atividades de preceptoria. Relataram a dificuldade de conduzir o residente sem o arcabouço teórico pedagógico, e o receio de estarem agindo de maneira errada no processo de ensino-aprendizagem.

“Eu acho que, como falta o preparo pedagógico, a gente ainda sente uma dificuldade, essa capacitação seria de grande ajuda pra gente fazer bem a preceptoria.” (P3A)

“Não tem nenhum apoio pedagógico. Nada. Por ser enfermeira assistencial aqui, aí você já passa a ser preceptora, ninguém orienta, ninguém faz aquela capacitação para ver como é que deve conduzir [...] aí é complicado.” (P4A)

“Não temos nenhum preparo, não encaminham a gente para poder ter uma palestra sobre ser preceptor, de como lidar com os alunos que vêm para cá. A coordenação não repassa, [...] para os enfermeiros assistentes com quem os alunos ficam mais, eles não repassam.” (P6A)

“Antes de começar a trabalhar aqui no hospital, aqui na UTI me falaram que era um hospital de ensino e que eu também teria que me acostumar com essa questão de ensinar, mas ninguém chegou pra dar um treinamento pedagógico, explicar como funciona a residência, como a gente tem que conduzir e avaliar os residentes.” (P8A)

“Não ter essa capacitação pedagógica dificulta. Eu não posso me autoavaliar e dizer que eu estou conseguindo atingir os 100%, talvez eu me esforce para querer fazer o melhor, mas eu não tenho embasamento teórico, para poder dizer: eu estou fazendo conforme me ensinaram, conforme o módulo que me deram lá, eu estou conseguindo atingir. Eu não tenho parâmetros para dizer se eu estou 100%, se eu estou 90%, 80%. Além de a gente não ter nenhum feedback da coordenação, não sabemos se a gente tá acompanhando o residente de forma correta.” (P9A)

“A preceptoria no hospital é pouco valorizada, tanto pelos coordenadores de enfermagem, coordenadores da residência e gestão do hospital. Não é investido na qualificação do preceptor, é apenas lhe direcionado a preceptoria e nem sequer é explicado a função do preceptor.” (P11B)

“E pra completar a gente não recebe nenhum tipo de treinamento, capacitação pedagógica, didática, ninguém diz o que é a residência, qual o nosso papel. Enfim, somos jogados no fogo e temos que ensinar assim, sem preparo, na marra mesmo.” (P13B)

O discurso dos enfermeiros preceptores se coaduna com o pensamento de Missaka (2010), uma vez que o mesmo parte do suposto de que apenas os conhecimentos técnicos e científicos não são suficientes para o exercício da preceptoria, já que esta exige conhecimentos didático-pedagógicos para orientação e supervisão do treinamento prático dos residentes.

Missaka e Ribeiro (2011) apontam que a ausência da formação pedagógica dos preceptores e/ou o seu pouco envolvimento com a prática da preceptoria fazem com que os residentes fiquem sozinhos no serviço. Quando isso acontece, o espaço do trabalho deixa de ser um espaço de aprendizagem, já que não há a ação mediadora nem a intencionalidade pedagógica do preceptor.

A capacitação e desenvolvimento do preceptor são atividades essenciais para o seu aperfeiçoamento, devendo ter como foco a aquisição de novas habilidades de modo constante para que ocorram eventuais mudanças no seu comportamento profissional, com consequente impacto positivo no aprendizado dos residentes (LOPEZ; TRONCON, 2015).

É necessária uma capacitação pedagógica permanente para que o enfermeiro preceptor consiga exercer sua função de preceptoria, com domínio dos conteúdos fundamentais proporcionados pela instituição formadora, destacando o ensino prático-reflexivo como possibilidade de união entre o mundo do trabalho e o mundo da educação, onde a prática e a pesquisa passem a ser condição para a sua realização (STEINBACH, 2015)

Perrenoud (2000, p. 164) observou, em seus estudos, uma tendência para que os projetos de formação do professor se desloquem para estabelecimentos, equipe ou redes. “É preciso que alguém tome a iniciativa e consiga convencer seus colegas de que seria interessante formular um projeto de formação comum no âmbito da instituição”, ou seja, os preceptores precisam se envolver nas questões de cunho político-admirativo para galgarem melhorias para a categoria como um todo.

Assim como Ribeiro e Prado (2013), entendemos que o preceptor é o protagonista no processo ensino-aprendizagem no serviço e, como tal, deve ser respeitado pelas instituições de saúde, para que assim consiga articular o ensino, o serviço e o aprendizado. Já que é ele quem possui a responsabilidade de aprimorar o conhecimento do residente recém-chegado. Nesse sentido, a fundamentação científica e pedagógica é imprescindível para que estes preceptores possam aplicar, no cenário de prática real, seus saberes e transformar o ambiente do cuidado em verdadeiro espaço de múltiplas aprendizagens, promovendo a construção/reconstrução do conhecimento (RIBEIRO; PRADO, 2013).

Um preceptor devidamente preparado conduz com habilidade a maioria dos desafios que surgem durante o processo de aprendizagem no cenário real, mas esse preceptor precisa compreender e reconhecer a preceptoria na residência como um processo de educação no trabalho e não como um favor ou simples prestação de serviço, como tem sido observado em algumas práticas (NUNES *et al.*, 2011).

Os cenários de prática são ambientes com operação do senso de cidadania e consolidação do SUS. Dentro deste contexto, a busca pela valorização do preceptor e seu reconhecimento como docente, bem como sua capacitação para o processo de ensino-aprendizagem são primordiais para o sucesso na formação de profissionais no SUS e para o SUS (SOARES *et al.*, 2013).

O desenvolvimento pedagógico do preceptor lhe propicia melhor desenvoltura na condução das situações de ensino no dia a dia e maior segurança na prática do ensino, pois essa formação proporciona ao preceptor visão ampliada acerca do processo de aprendizagem, bem como subsidia novas ideias pedagógicas (ANDERSSON *et al.*, 2013).

Observou-se que os preceptores compreendem que o conhecimento técnico e a expertise sobre a especialidade que dominam não é mais relevante do que os conhecimentos sobre a didática ou as técnicas de ensino e aprendizagem, uma vez que sentem a necessidade de serem instrumentalizados para exercerem também o papel de educadores.

Muito embora o conhecimento e habilidade técnica da área de formação específica do enfermeiro preceptor sejam indispensáveis, é imperativo que ele seja capacitado para a aquisição de habilidades didáticas e pedagógicas, de maneira que possa guiar o residente no processo de ensino, para que o aprendizado de fato aconteça.

Diante de tudo o que foi tratado neste subtema, corroboramos com o pensamento de Perrenoud (2000) quando o autor sustenta a necessidade de o professor/preceptor envolver-se em atividades de cunho político e administrativo que envolvam a profissão diante das dificuldades do sistema educacional, ou seja, que o professor desenvolva a competência de “Vivenciar e superar os conflitos éticos da profissão”, ampliando a consciência de sua profissão e o sentimento de responsabilidade e justiça. O autor entende que essa também é uma via de formação contínua muito fecunda, mesmo que a formação seja um benefício secundário, mais do que o objetivo principal. Esse tipo de experiência impõe uma descentralização, uma visão mais sistêmica, a tomada de consciência da diversidade das práticas e dos discursos, uma percepção mais lúcida dos recursos e das obrigações da organização, bem como dos desafios que enfrenta ou enfrentará no decorrer da vida profissional do ofício de professor.

Aqueles que se distanciam dessa necessidade, segundo Perrenoud (2000), aprendem também que o sistema não é uma máquina monolítica, que se pode acelerar sua evolução apenas elaborando dossiês, fazendo alianças, formulando propostas.

A participação em outros níveis de funcionamento do sistema educacional amplia a cultura política, econômica, administrativa, jurídica, sociológica dos professores em exercício, com as repercussões imaginadas para sua prática cotidiana, em um duplo sentido: enriquecimento dos conteúdos do ensino e abordagem mais analítica e menos defensiva dos fenômenos de poder e de conflito em geral, dos funcionamentos institucionais (PERRENOUD, 2000).

É relativamente comum observar-se a atuação de docentes em órgãos de classe, como os Conselhos Regionais e o Conselho Federal de Enfermagem, nos Conselhos de Saúde (municipal, estadual, nacional), ou em diversas comissões no Ministério da Saúde, Ministério da Educação e nos Hospitais de Ensino. A mesma atuação no sistema educacional oficial, de forma mais direta, pode acarretar, além dos benefícios de aprendizagem citados por Perrenoud à formação do preceptor/professor, outros benefícios a esse nível de ensino, tão carente de melhorias, conforme já foi constatado.

CAPÍTULO VI

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na área médica a preceptoria no contexto da residência já vem sendo abordada há algum tempo, porém, em Enfermagem, bem como nas outras profissões da área da saúde, ainda há pouca discussão e valorização. Sendo assim, este estudo teve como objetivo descrever a percepção de enfermeiros preceptores de programas de residência em saúde em hospitais-escola de Belém, sobre sua atuação e o trabalho docente-assistencial.

Os participantes deste estudo conseguiram definir a função do enfermeiro preceptor, mostraram compreender a sua atividade de preceptoria como uma mediação da teoria com a prática, e elencaram as qualidades que este deve possuir para exercer a preceptoria com qualidade, a saber: Conhecimento prático e habilidade técnica; conhecimento teórico; conhecimento pedagógico; e conhecer o seu papel de preceptor, devendo, portanto, ser um exemplo profissional, responsável, paciente e excelente articulador do ensino, serviço e aprendizado, mostrando, assim, que possuem conhecimentos adequados para desenvolver a competência de organizar e dirigir situações de aprendizagem.

A partir das falas dos enfermeiros preceptores, foi possível compreender como ocorre o processo de trabalho da preceptoria, como o mundo do trabalho e o mundo do ensino se confrontam no cenário de prática real, mostrando que a competência para envolver os residentes na aprendizagem e, portanto, na sua compreensão do mundo, está presente no cotidiano do preceptor.

Na organização do trabalho, no cenário da residência, notou-se que existe uma boa interação no campo de prática entre enfermeiro preceptor e o residente, porém não houve relatos quanto à participação e/ou contribuição dos outros integrantes da equipe multiprofissional na formação do residente, evidenciando que a competência de aprender e ensinar a trabalhar junto e a trabalhar com equipe necessita ser mais bem compreendida e trabalhada tanto pelo preceptor quanto pelo residente.

Quanto ao processo de ensino-aprendizagem, constatou-se que os enfermeiros preceptores realizavam supervisão direta e permanente junto ao residente, suas atividades de preceptoria se relacionavam ao cotidiano da clínica em que estavam alocados, e procuravam problematizar sua prática a partir das situações

vivenciadas no cotidiano do trabalho. Contudo, ainda trabalhavam com métodos positivistas de ensino, de pouca reflexão e criticidade, evidenciados por meio da descrição de como conduziam os residentes num dia de trabalho, pois havia uma priorização da rotina do serviço e na realização e repetição de técnicas. Sendo assim, a competência de conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação mostrou-se pouco desenvolvida, o que nos leva a pensar que a visão tradicionalista de ensino ainda está muito presente na formação em enfermagem.

A avaliação do residente, ou seja, a administração da progressão da aprendizagem, ocorria de maneira contínua e sistemática, contemplando os aspectos somativo e formativo, ainda que os preceptores informassem não terem sido devidamente treinados quanto aos objetivos e critérios de avaliação. Destaca-se que avaliar e oferecer *feedback* aos residentes é fundamental para o exercício da preceptoria, portanto são processos que necessitam estar presentes dentro de um programa de capacitação do preceptor.

No decorrer na análise dos depoimentos, foi possível observar que, na percepção dos enfermeiros preceptores, a preceptoria se mostra como uma atividade dinâmica, onde os atores envolvidos (preceptor e preceptorado) compartilham a gerência, a assistência, o conhecimento, discutem casos clínicos e planejam a assistência de enfermagem. Não aplicavam um modelo de preceptoria pré-estabelecido, pois não havia uma instrumentalização prévia para o exercício da função, sendo assim, repetiam um modelo no qual foram formados na graduação.

Foi possível identificar, por meio das entrevistas, os aspectos relevantes e os desafios que se apresentam no cenário da preceptoria. Apesar de os enfermeiros preceptores terem apontado mais dificuldades e fragilidades do que facilidades no exercício da preceptoria, destacam-se como facilidades a predisposição e a satisfação pessoal em conduzir o residente no processo de ensino-aprendizagem; a motivação para a constante atualização profissional; e o estímulo à melhoria do processo de trabalho e qualidade assistencial. Nota-se que as facilidades apontadas favorecem ao preceptor administrar a sua própria formação e enriquecimento contínuo.

Indiscutivelmente, no quesito qualidade de ensino, a residência, como curso de especialização com características de treinamento em serviço, é – deveria ser – o cenário ideal para as ações de ensino e aprendizagem, uma vez que combina o cotidiano de trabalho e a expertise do preceptor com o alicerce científico da academia. Sem esquecer que, ao mesmo tempo em que o serviço contribui para a formação do

residente, o ensino desses profissionais contribui para o aperfeiçoamento do serviço, principalmente por meio da educação permanente.

No que diz respeito às fragilidades e dificuldades percebidas pelos enfermeiros preceptores, foram pontuados: sobrecarga de trabalho; acúmulo de funções (gerência, assistência e ensino); ausência de incentivos à atividade de preceptoria; ausência de integração ensino-serviço; e ausência de capacitação pedagógica.

Ser bom profissional, competente, habilidoso, ter aptidão e gostar de ensinar são atributos que por si só não bastam para exercer uma preceptoria de qualidade, o hospital-escola e a academia devem dar subsídios a esse profissional, para que consiga desempenhar seu trabalho de enfermeiro e educador com tranquilidade e satisfação.

A relação com a gestão dos hospitais-escola precisa ser mais estreitada para os enfermeiros preceptores, de maneira que as dificuldades relacionadas à sobrecarga de trabalho, acúmulo de funções e ausência de incentivos possam ser trabalhadas conjuntamente, para que o processo de responsabilização pela formação do residente se torne, de fato, um compromisso institucional e não apenas individual.

Convém salientar que o hospital-escola, conjuntamente à universidade a que este é vinculado, deve buscar meios de capacitação para o enfermeiro preceptor. Uma vez que todos os envolvidos (preceptor, hospital-escola e universidade) na formação do residente de enfermagem devem ter seus papéis definidos na condução dos programas de residência e na capacitação pedagógica do preceptor.

É oportuno lembrar que, a partir do relato dos entrevistados, os preceptores apresentavam destreza no gerenciamento da assistência de enfermagem, na execução de procedimentos e habilidades técnicas dentro de sua área específica de conhecimento, contudo apontaram carência na forma de lidar com esses conteúdos junto ao residente.

Nessa perspectiva, é imperiosa a necessidade de investimento em capacitação pedagógica, em instrumentalizar o preceptor para o ensino, não só por ter sido uma fragilidade apontada pelos sujeitos deste estudo, mas também pelo caráter educativo do exercício da preceptoria.

Nesse sentido, não se pode esquecer, também, que a preceptoria envolve competências vinculadas à pesquisa e orientação de produção científica dos residentes. Portanto, além da capacitação didática e pedagógica, o preceptor necessita ser inserido no mundo da pesquisa e do método científico.

É importante destacar ainda que a coordenação dos programas de residência e preceptores devem caminhar juntos durante todo o processo, uma vez que é preciso que o enfermeiro preceptor seja inserido nos objetivos e metas da formação do residente, devendo conhecer o projeto político pedagógico da residência e, mais ainda, estreitar o relacionamento dos preceptores com os docentes da academia e os coordenadores da residência, favorecendo, assim, a integração ensino e serviço.

O cenário desafiador do contexto da residência, onde a atividade do enfermeiro preceptor é definida como o ato de acompanhar, orientar, guiar e ensinar o residente em serviço, articulando teoria e prática, necessita ser compreendido com maior complexidade por todos os envolvidos, e não apenas como um mero processo de aprendizagem assistemático, que se dá apenas através da orientação de rotinas assistenciais e repetição de técnicas e procedimentos.

Face ao exposto até aqui, sugere-se uma articulação maior entre as instituições de ensino superior, hospitais-escola, coordenação dos programas de residência e preceptores no sentido de estruturar um projeto de preceptoria, elaborado em conjunto, com vistas à capacitação dos preceptores, abordando os aspectos relacionados ao processo de ensino-aprendizagem em serviço, processo de avaliação, instrumentalização didática e pedagógica e projeto político pedagógico da residência.

Quanto ao incentivo às atividades de preceptoria, faz-se necessária uma articulação política, não só dos enfermeiros, mas também dos outros profissionais de saúde que atuam como preceptores, no sentido de buscar junto à gestão dos hospitais-escola a viabilização de uma gratificação de preceptoria, e/ou o financiamento de cursos, congressos, o que acaba contribuindo e estimulando o desenvolvimento da competência de vivenciar e superar os conflitos éticos que envolvem a profissão.

Esta pesquisa contribuiu para iniciarmos o entendimento e a discussão da prática e do trabalho docente-assistencial desenvolvido pelos enfermeiros preceptores em dois hospitais-escola de Belém, na medida em que ofereceu voz a esses profissionais para exporem suas percepções acerca da compreensão do ser preceptor, da natureza da atividade de preceptoria que desenvolviam, por meio de seus saberes mobilizados no cotidiano do trabalho da enfermagem.

Identificam-se como limitações deste estudo a sua realização apenas no âmbito hospitalar, não contemplando os enfermeiros preceptores que atuam nos programas

de residência em saúde desenvolvidos na atenção básica e na área da enfermagem obstétrica. Além de revelar apenas a percepção dos preceptores, deixando de lado os outros atores envolvidos no contexto complexo da residência, como os residentes, os gestores dos programas de residência e das instituições onde estes se desenvolvem.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, D.H.; DA SILVEIRA, L.M.C. Os Desafios na formação de futuros Preceptores no contexto de reorientação da Educação Médica. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**. 2013; 11(sup 2012): 82-6. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=313> Acessado em: 09/09/2017.
- ALBUQUERQUE, V.S.; GOMES, A.P.; REZENDE, C.H.A.; *et al.* A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Rev Bras Educ Médica**. 2008;32(3):356–62. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf>> Acessado em: 05/09/2017.
- ANDERSSON, C. S. R. *et al.* Expectations and experiences of group supervision: Swedish and Norwegian preceptors' perspectives. **Journal of Nursing Management**, v. 21, p. 263-272, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23410222>> Acessado em: 05/10/2017.
- BARRETO, V. H. L. *et al.* Papel do preceptor da atenção primária à saúde na formação da graduação e pós-graduação da universidade federal de Pernambuco: Um termo de referência. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 578-83, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n4/a19v35n4.pdf>>. Acessado em: 12/12/2015.
- BASSO, K. F. **Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**: iniciando a jornada. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- BENTES A.; LEITE, A.J.M.; MONTENEGRO, A.P.; *et al.* Preceptor de residência médica: funções, competências e desafios. A contribuição de quem valoriza porque percebe a importância: nós mesmos! **Cadernos ABEM**. 2013; 9: 32-38. Disponível em: <http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM__Vol09.pdf> Acessado em: 10/11/2017.
- BOMFIM, M.I.; GOULART, V.M.; OLIVEIRA, L.Z. Formação docente na área da saúde: avaliação, questões e tensões. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, v.18, n.51, p.749-58, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n51/en_1807-5762-icse-18-51-0749.pdf> Acessado em: 15/10/2017.
- BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, set. 2008. Disponível

em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>>. Acessado em: 10/11/2015.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. T. A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 05/09/2017.

BRASIL. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação. **Parecer nº CNE/CES 1.133/2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem. Medicina e Nutrição. Diário oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2001. Seção 1E, p. 131.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.077 de 12 de novembro de 2009**. Dispõe sobre Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional de Saúde, e Institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União; Brasília; n. 217, 13 nov. 2009. Seção 1, p. 7.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Diário Oficial da União; Brasília; v.141, n.32, 2004a. Seção 1; p. 37-41.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1006, de 27 de maio de 2004**. Institui a criação do programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho na Saúde. Departamento de Gestão do trabalho na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). **Resolução nº2 de 13 de abril de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em áreas da saúde. Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. **Medida Provisória nº 238/05**. Diário Oficial da União, 2 fev. 2005a.

_____. **Lei nº 11.129, 30 de junho de 2005.** Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 jun. 2005b.

_____. **Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005.** Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 nov. 2005c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.111, de 5 de julho de 2005.** Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. 2005d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial ME/MS nº 45 de 12 de janeiro de 2007.** Dispõe sobre Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional de Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União; Brasília; nº 79, 25 abr. 2008. Seção 1, p. 12.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7082, de 27 de janeiro de 2010.** Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais-REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Nota sobre a política de fomento a bolsas de residência.** Brasília, DF: 2015

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Faculdade de Saúde Pública. **Curso de Especialização em Educação na Saúde Para Preceptores do SUS.** São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Relatório de Atividades da CNRMS: Exercício 2007-2009.** Brasília, DF: 2009.

BURGATTI, J.C. *et al.* Estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da competência ético-política na formação inicial em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n.2, p. 282-6, mar/abr, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/20.pdf>> Acessado em: 20/10/2017.

CAVALHEIRO, M.T.P.; GUIMARÃES, A.L. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. **Cad FNEPAS**. 2011;1:19–27. Disponível em: <<http://www.saude.pa.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/13-Formacao-para-o-SUS.pdf>> Acessado em: 12/11/2017.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n.16, set/fev. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>>. Acessado em: 13/11/2015.

CUNHA, M.; RIBEIRO, O.; VIEIRA, C.; PINTO, F.; ALVES, L.; SANTOS, R.; *et al.* Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. *Millenium - Rev IPV*. 2010; 38(1):271-82. Disponível em: <<http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/308>>. Acessado em: 25/11/2017.

CUNHA, Y. F. F.; VIEIRA, A.; ROQUETE, F. F. **Impacto da residência multiprofissional na formação profissional em um hospital de ensino de Belo Horizonte, 2013**. [Belo Horizonte: AEDB, 2013]. Disponível em: <<http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos13/15318312.pdf>>. Acessado em: 05/12/2017.

CUNHA, E. R.; SÁ, P.F.; SILVA, M.P.S.C.; CASCAES, L.M. Formação Profissional: Representações de professores formados em serviço. **Revista Contrapontos – Eletrônica**. Itajaí, v. 11, n. 1, p. 34-47, jan-abr, 2011. Disponível em: <<https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rc/article/view/2278/1832> > Acessado em: 26/11/2017.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a Invenção da Residência Multiprofissional em Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 213-226, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a18.pdf> >. Acessado em: 14/09/2015.

DINIZ, S.N.; AVELAR, M.C.Q. A prática docente de enfermeiros de instituições de saúde numa universidade privada. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.8, n.2, p.176-183. abr/jun, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8196/4923>>. Acessado em: 21/12/2017.

DOBALIAN, A.; BOWMAN, C.C.; WYTE-LAKE, T.; PEARSON, M.L.; *et al.* The critical elements of effective academic-practice partnerships: a framework derived from the Department of Veterans Affairs Nursing Academy. *BMC Nurs* [Internet]. 2014;13(1):1–17. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6955/13/36>> Acessado em: 28/12/2017.

FERREIRA, S. R. **Residência Integrada em Saúde: Uma modalidade de ensino em serviço.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FERREIRA, R.C.; FIORINI, V.M.L; CRIVELARO E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Rev Bras Educ Med.** 2010; 34(2): 207-15. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a04v34n2.pdf> >. Acessado em: 10/11/2017.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na Educação Médica: processos e resultados.** São Paulo: Hucitec; 2002.

FIORANO, A. M. M.; GUARNIERI, A. P. Residência Multiprofissional em Saúde: Tem valido a pena?. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde.** São Paulo, v. 03, n. 40, p. 366-369, 2015. Disponível em: <<http://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/823/718>>. Acessado em: 02/01/16.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 43. ed., São Paulo: Paz e Terra, 2013.

GIOVANELLA, L. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 2 ed. rev e amp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

HADDAD, E. A enfermagem e a Política Nacional de Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS. **Rev Esc Enferm USP.** 2011; 45 (Esp. 2):1803-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/29.pdf>> Acessado em: 11/12/2017.

LOPEZ, M.J.; TRONCON, L.E.A. Capacitação e desenvolvimento docente - aspectos gerais. **Medicina (Ribeirão Preto).** v.48, n.3, p.282-94. 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/104321>> Acessado em: 23/12/2017.

MELLO, A. L. S. F.; MOYSES, S. J.; CARCERERI, D. L. Ensino ou Serviço? A Universidade e o curso de Odontologia na rede de atenção à saúde bucal. **O Mundo**

da Saúde (CUSC. Impresso), v. 35, p. 00-00, 2012. Disponível em:
<https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/88/01_EnsinoouServico.pdf >
Acessado em: 17/12/2017.

MIRA V. L.; *et al.* Avaliação do ensino prático desenvolvido em um hospital universitário na perspectiva de graduandos em Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 483-92, 2011. Disponível em:
<<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/11121>> Acessado em: 08/12/2017.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, suppl.2, pp. 2133-2144. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>>. Acesso em: 28/11/2014.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MINAYO, M.C.S. (Org.) **Pesquisa social**: Teoria, método e criatividade. 30 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

MIRANDA *et al.* O ensino e a assistência: valorização e reconhecimento da preceptoria na Residência Médica do Maranhão. Associação Brasileira de Educação Médica. **Cadernos da ABEM**: Residência Médica, Rio de Janeiro, v. 9, p. 47-52, out. 2013. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/arquivos/projetos/Cadernos_ABEM_9.pdf>. Acesso em: 10/11/17.

MISSAKA, H. **A prática pedagógica dos preceptores do internato em emergência e medicina intensiva de um serviço público não universitário**. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências Médicas e Saúde). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V.M.B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica 2007-2009. **Rev Bras Educ Méd.** Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-10, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n3/a02v35n3.pdf> >. Acessado em: 16/10/15.

NASCIMENTO, D. D. G. **A Residência Multiprofissional em Saúde da Família como Estratégia de Formação da Força de Trabalho Para o SUS**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2008.

NUNES, M. P. T. *et al.* A residência médica, a preceptoria, a supervisão e a coordenação. **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 35-40, out. 2011. Disponível em: < http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM__Vol07.pdf> Acessado em: 12/11/17

OLIVEIRA, M. S. *et al.* **Educação na Saúde Para Preceptores do SUS**: Caderno do Curso 2014. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2014.

PAGANI, R., ANDRADE L.O.M. Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de. **Saúde Soc**, v. 21, n. supl 1, p. 94-106, 2012. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/sausoc/article/viewFile/48772/52848>> Acessado em: 18/12/2017.

PERRENOUD, P. **10 novas competências para ensinar**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

_____. **Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 208p. 142

_____. *et al.* **Formando professores profissionais: Quais estratégias? Quais competências?** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

_____. **A prática reflexiva do ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

_____. *et al.* **As Competências para Ensinar no Século XXI - A Formação dos Professores e o Desafio da Avaliação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. 192 p.

_____. **Escola e Cidadania: o papel da escola na formação para a democracia**. 1 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

_____. **Desenvolver competências ou ensinar saberes? A escola que prepara para a vida**. Porto Alegre: Penso, 2013

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RODRIGUES, C. D. S. **Competências para a preceptoria**: construção no programa de educação pelo trabalho para a saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

RIBEIRO, V. M. B. **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2011.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: Um estudo de reflexão. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 161-65, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n1/pt_1983-1447-rgenf-35-01-00161.pdf>. Acessado em: 02/01/16.

ROCHA, H. C. **Avaliação da Prática de Preceptoria Após Formação Pedagógica**. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências Médicas e Saúde). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.

ROCHA, H. C.; RIBEIRO, V. B. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico. **Rev. bras. educ. med**, v. 36, n. 3, p. 343-350, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n3/08.pdf>> Acessado em: 19/11/2017.

SANTANA, F. R.; NAKATANI, A. Y. K.; SOUZA, A. C. S.; ESPERIDIÃO, E. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem: uma visão dialética. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 03, p. 295 - 302, 2005. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista7_3/original_06.htm>. Acessado em: 12/11/2015.

SCHÖN D. **Educando o profissional reflexivo**: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Trad: Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SEBOLD, L.F.; CARRARO, T.E. Modos de ser enfermeiro-professor no ensino do cuidado de enfermagem: um olhar heideggeriano. **Rev. Bras. Enferm.**, v.66, n.4, p.550-6. jul./ago., 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a13.pdf>> Acessado em: 28/11/2017.

SILVA, G.T.R. (Org.) **Residência Multiprofissional em Saúde**: Vivências e cenários da formação. 1 ed. São Paulo: Martinari, 2013.

SILVA, L. B. **Trajetória Histórica do Curso de Especialização em Enfermagem – Modalidade Residência do Hospital Ophir Loyola (Pará – 1998 – 2007)**. Tese

(Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011.

SILVA, V.C.; VIANA, L.O.; SANTOS, C.R.G.C. Prática social e pedagógica do enfermeiro-preceptor: um estudo de caso . **Online braz j nurs**, v. 1, p. 102-112, 2014. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4097>. Acessado em: 29/11/2017.

SIMÕES, J.C.; MAEDA, A.K. O preceptor de residência médica: esta figura(in)discutível. In: **Manual do preceptor da residência médica**. 2011. p. 78.

SOARES A.C.P.; MAIORQUIM, C.R.; SOUZA, C.R.O.; DO VALE, D.N.F.; *et al.* A Importância da Regulamentação da Preceptoría para a Melhoria da Qualidade dos Programas de Residência Médica na Amazônia Ocidental. **Cad da ABEM: O Preceptor por ele mesmo**. 2013;8:14–23. Disponível em: <http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM__Vol09.pdf> Acessado em: 10/11/2017.

SOUZA, S.N.D.H.; MIYADAHIRA, A.M.K. O desenvolvimento de competências no curso de graduação em enfermagem: percepção de egressos. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.11, suplemento, p.243-250, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17082/pdf>>. Acessado em: 09/12/2017.

SOUZA, A.P.T.; SIQUEIRA, E.S.; FERNANDES, G., *et al.* Residência Médica em Pernambuco: reflexões de um grupo de preceptores sobre cenários e atores. **Cadernos ABEM**. 2013; 9: 77-8610. Disponível em: <http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM__Vol09.pdf> Acessado em: 10/11/2017.

STEINBACH, M. **A Preceptoría na residência multiprofissional: Saberes do ensino e do serviço**. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoría da residência médica. **Revista do Médico Residente**., v. 14, n. 2, p 1-5, 2012. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/251/241>> Acessado em: 17/11/2017.

TARDIFF, M.; LESSARD, M. C. **O trabalho docente**: elementos para uma teoria da docência como profissão de interações humanas. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

TAVEIRA, M. G. M.; CAVALCANTI, S. M. S. Analisando o internato em atenção básica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, Suplemento 1, p. 388, 2007.

TRAJMAN, A. *et al.* A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: Opinião dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.** Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 24-32, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/04.pdf>>. Acesso em: 28/11/2015.

TRONCON, L.E.A. Ambiente educacional. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.47, n.3, p.264-71, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86614>>. Acessado em: 15/12/2017.

TRONCON, L.E.A. *et al.* A formação e o desenvolvimento docente para os cursos das profissões da saúde: muito mais que o domínio de conteúdos **Medicina (Ribeirão Preto)**. v.47, n.3, p.245-8, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86561>> Acessado em: 22/11/2017.

VALENTE, G. S. C.; VIANA, L.O. As competências para o ensino de nível superior no Brasil: um olhar reflexivo sobre a prática. **Rev. Iberoamericana de Educación**. v. 56, n. 01, p. 01-12, 2011. Disponível em: <<http://www.rieoei.org/expe/3730Cavalcanti.pdf>>. Acessado em: 23/10/15.

VALENTE, G. S. C. **A Reflexividade na Prática docente da Graduação em Enfermagem: Nexos com a Formação Permanente do Enfermeiro Professor**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. RJ, 2009.180 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: A PRECEPTORIA NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DE HOSPITAIS DE ENSINO DE BELÉM/PA: Percepções do Enfermeiro Preceptor

Caro(a) Profissional,

A pesquisa intitulada “A PRECEPTORIA NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DE HOSPITAIS DE ENSINO DE BELÉM/PA: Percepções do Enfermeiro Preceptor” será realizada pelo enfermeiro Neiva José da Luz Dias Júnior, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, sob a orientação da Prof.^a Dra. Sandra Helena Isse Polaro.

O estudo tem como objetivo geral “Descrever a percepção dos enfermeiros que desenvolvem atividades de preceptoria nos programas de residência em saúde em hospitais de ensino de Belém/PA, sobre sua atuação e o trabalho docente-assistencial”. Almeja-se alcançá-lo por meio de entrevistas com os profissionais enfermeiros que desempenham o papel de preceptores nos programas de residência em saúde no Estado do Pará.

A sua colaboração é fundamental para a realização deste estudo, pois os resultados do mesmo podem contribuir para o contexto e serviços envolvidos, visto que oferecerá subsídios para revelar as experiências e problemáticas enfrentadas no cotidiano desta formação, identificando os aspectos que podem ser trabalhados e/ou aperfeiçoados, bem como oferecer subsídios para a avaliação e/ou reestruturação dos programas de residência existentes. Além da produção do conhecimento científico, pois o término da pesquisa resultará no elaborado final da Dissertação de Mestrado em Enfermagem do pesquisador, seguida da divulgação dos resultados em nível local, nacional e/ou internacional, por meio da publicação de artigo(s) em periódicos da área.

A proposta de projeto apresentada revela o risco de quebra do anonimato, portanto, o pesquisador responsável tomará os cuidados necessários com os dados referentes aos participantes, comunicando que no momento da entrevista poderá ser utilizado um gravador de voz, ressaltando a liberdade de aceitar ou não do entrevistado, explicando que o fato de não aceitar inviabilizará o desenvolvimento da entrevista; comunicando que a entrevista será realizada em ambiente reservado, previamente agendada, conforme a disponibilidade de horário e local; assegurando o anonimato e o caráter privativo das informações fornecidas exclusivamente para a pesquisa, não havendo identificação pessoal dos dados fornecidos, mesmo quando os resultados desta forem divulgados sob qualquer forma, pois serão adotados codinomes ou códigos específicos para o estudo; as informações serão mantidas em arquivo confidencial em computador e dispositivos eletrônicos, sob a responsabilidade do pesquisador; os dados coletados, depois de organizados e analisados, deverão ser divulgados e publicados, ficando o pesquisador, juntamente com a sua orientadora, de apresentar o relatório final da pesquisa para a instituição na qual será realizado este estudo. A participação na entrevista não representará risco às dimensões física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa.

Confere-se a liberdade de recusa à participação no estudo e para responder a qualquer pergunta que por qualquer motivo não lhe seja conveniente durante a entrevista. Isto não lhe acarretará nenhum prejuízo pessoal. Caso apresente alguma dúvida em relação ao estudo, antes ou durante o seu desenvolvimento, bem como queira desistir de fazer parte do mesmo, poderá entrar em contato com o pesquisador, por meio do telefone (91) 98137-2811 e e-mail: neiva_jr@hotmail.com.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Neiva José da Luz Dias Júnior
Pesquisador Principal

Dra. Sandra Helena Isse Polaro
Pesquisadora Orientadora

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, declaro que fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “A PRECEPTORIA NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DE HOSPITAIS DE ENSINO DE BELÉM/PA: Percepções do Enfermeiro Preceptor”, e que estou ciente dos objetivos e compromissos do pesquisador para com os meus dados, concordando que sejam utilizados na realização do estudo.

Belém/PA, _____ de _____ de _____

Assinatura do Profissional: _____.

Número do RG: _____

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Perfil Profissional dos Enfermeiros Preceptores

I – Identificação

Nome: _____

Codinome: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

Ano de Conclusão da Graduação: _____ Instituição: _____

II – Caracterização Profissional

Pós-Graduação: () Especialização () Mestrado () Doutorado

Vínculo Empregatício: () Efetivo () Temporário () Serviços Prestados () Outros

Tempo de Trabalho na Instituição: _____

Tempo de atividade na preceptoría: _____

Exerce outra atividade: () Não () Sim. Qual? _____

Qual sua carga horária de trabalho semanal total? _____

Roteiro de Entrevista Semiestruturada

1 – O que significa ser Preceptor para você?

2 – Fale sobre as atividades de preceptoría que exerce no cotidiano do seu trabalho.

3 – Quais as facilidades e dificuldades que você encontra para desempenhar o seu trabalho de preceptor?

4 – Em sua opinião o que seria necessário para melhorar as atividades de preceptoría exercidas na instituição?

5 – Para exercer um trabalho de preceptoría com qualidade, o que um preceptor precisa saber?

ANEXOS

ANEXO A – PERFIL DE COMPETÊNCIA DO PRECEPTOR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Área de competência de Saúde: Atenção à Saúde

<i>Ações-chave</i>	<i>Desempenhos</i>
<p><i>Focaliza a atenção à saúde nas necessidades Individuais e coletivas</i></p>	<p>Promove junto à equipe e estudantes investigações ampliadas das necessidades de saúde dos usuários, articulando as dimensões biológica, subjetiva e social na identificação de problemas de saúde.</p> <p>Articula dados e informações de diversas fontes para a identificação de inadequações dos processos assistenciais, levando em conta um modelo de atenção à saúde orientado às necessidades dos usuários e coerente com as premissas do Sistema Único de Saúde.</p>
<p><i>Favorece a investigação de problemas de saúde</i></p>	<p>Busca o diálogo entre necessidades e recursos disponíveis para a construção de projetos terapêuticos voltados à melhoria da atenção à saúde oferecida aos usuários.</p> <p>Utiliza a saúde baseada em evidência e as ferramentas de gestão da clínica para a construção, com a equipe e estudantes, de uma atenção integral à saúde, promovendo a ampliação do acesso e garantindo a continuidade do cuidado, com qualidade e segurança.</p> <p>Favorece a articulação de ações e serviços promovendo a corresponsabilização de todos os envolvidos no cuidado, de modo a fortalecer a rede de atenção à saúde.</p> <p>Compartilha decisões, estimulando o trabalho em equipe, a autonomia dos usuários e a participação ativa de estudantes e docentes no cuidado à saúde de pessoas e populações. Favorece a construção da rede escola de atenção à saúde, oportunizando que o cotidiano do trabalho em saúde seja gerador de conhecimentos e transformações.</p>
<p><i>Promove a construção de um cuidado integral</i></p>	<p>Acompanha e avalia processos, resultados e impacto das ações desenvolvidas nos projetos terapêuticos, utilizando os sistemas de informação para a análise de dados e valorizando a escuta qualificada de usuários, trabalhadores, preceptores e estudantes.</p> <p>Presta contas e promove ajustes na produção do cuidado, de modo a orientá-lo pela qualidade, eficiência e efetividade, considerando que as escolhas devem estar pautadas pelo valor agregado à qualidade de saúde e de vida dos usuários.</p>
<p><i>Acompanha e avalia a atenção à saúde Individual e coletiva</i></p>	<p>Acompanha e avalia processos, resultados e impacto das ações desenvolvidas nos projetos terapêuticos, utilizando os sistemas de informação para a análise de dados e valorizando a escuta qualificada de usuários, trabalhadores, preceptores e estudantes.</p> <p>Presta contas e promove ajustes na produção do cuidado, de modo a orientá-lo pela qualidade, eficiência e efetividade, considerando que as escolhas devem estar pautadas pelo valor agregado à qualidade de saúde e de vida dos usuários.</p>

ANEXO A – PERFIL DE COMPETÊNCIA DO PRECEPTOR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Cont.)

Área de competência de Gestão: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

<i>Ações-chave</i>	<i>Desempenhos</i>
<p><i>Promove o desenvolvimento do trabalho e da educação na saúde</i></p> <p><i>Identifica problemas do trabalho para orientar as práticas de educação na saúde</i></p>	<p>Analisa necessidades e problemas de saúde, por meio do emprego de dados e indicadores, visando à construção de um cuidado integral à saúde das pessoas e à identificação de demandas de natureza educacional. Estimula a identificação de potencialidades e os aspectos que requerem melhoria, tanto em relação ao serviço/instituição/rede como em relação à prática dos profissionais. Analisa os fatores a serem enfrentados para o atendimento das necessidades de saúde identificadas e as capacidades profissionais que requerem desenvolvimento.</p> <p>Participa da análise dos contextos interno e externo, identificando atores envolvidos, oportunidades e obstáculos à produção de saúde, reconhecendo a existência de interesses antagônicos, buscando a criação de espaço educativo orientado por uma perspectiva de complementaridade, mediação e diálogo entre as diferentes visões e saberes.</p> <p>Contribui para a seleção e priorização de problemas que retardam ou impedem a integração ensino-serviço e o exercício da preceptoria, com a aplicação de ferramentas do planejamento estratégico, incluindo análises de estrutura, processos e recursos necessários ao desenvolvimento das atividades.</p> <p>Identifica obstáculos e oportunidades para a educação na saúde, levando em conta as potencialidades e limitações das instituições envolvidas, do Sistema Único de Saúde e das políticas nacionais de educação, saúde e de integração ensino-serviço-comunidade.</p>
<p><i>Promove iniciativas na articulação do trabalho e da educação na saúde</i></p>	<p>Promove e participa de espaços para a tomada de decisão compartilhada, utilizando dispositivos que favoreçam a socialização de diferentes perspectivas e a corresponsabilização das equipes do serviço, de docentes, de estudantes e da comunidade. Favorece a utilização de informações e dos elementos que agreguem valor na tomada de decisão, utilizando indicadores de gestão e de saúde e evidências científicas.</p> <p>Atua na construção de uma relação ética, solidária e transformadora entre os parceiros envolvidos nas iniciativas de integração ensino-serviço, favorecendo a construção de compromissos compartilhados no ordenamento e formação de profissionais de saúde para o SUS. Busca um enfrentamento positivo e construtivo para as diferenças, reconhecendo que os conflitos são inerentes às relações interpessoais.</p> <p>Participa da elaboração de estratégias e ações contextualizadas e articuladas para o enfrentamento dos problemas priorizados e alcance dos resultados pactuados, utilizando movimentos de negociação e de construção de consensos.</p> <p>Participa da definição conjunta de metas e etapas entre as instituições de ensino e serviço, levando em conta o momento político, a gestão de pessoas e os aspectos de infraestrutura, materiais, equipamentos e financiamento, de modo orientado aos resultados pactuados. Participa da definição dos responsáveis, prazos, resultados esperados e do apoio para o desenvolvimento das ações.</p>
<p><i>Acompanha e avalia o desenvolvimento articulado do trabalho e da educação na saúde</i></p>	<p>Acompanha o desenvolvimento articulado do trabalho e da educação na saúde, utilizando indicadores quantitativos e qualitativos, assim como padrões de referência para análise de processos e produtos da articulação ensino-serviço na rede de atenção à saúde. Estimula a socialização de informações, de modo a contribuir para o comprometimento dos profissionais de saúde, preceptores e estudantes com os resultados alcançados, estimulando a ampliação da autonomia e da criatividade dos envolvidos.</p> <p>Promove o reconhecimento das conquistas e explora os eventos adversos, de modo que os profissionais e as instituições envolvidas aprendam com os erros. Faz e recebe críticas de modo respeitoso e voltado ao desempenho observado, incluindo sua autocrítica. Valoriza o esforço de cada um, favorecendo a construção de um ambiente solidário e a parceria entre instituições formadoras e serviços.</p> <p>Utiliza a avaliação para superar obstáculos e favorecer o exercício da preceptoria e da integração ensino-serviço, visando à melhoria dos processos de ensino-aprendizagem e da qualidade da atenção à saúde. Estimula o compromisso de todos com a transformação das práticas e da cultura instituídas, de modo a orientá-las por resultados que agregam valor à saúde, à qualidade de vida das pessoas e à excelência da formação profissional.</p> <p>Favorece a oferta e formalização de espaços para educação permanente, avaliação formativa, apresentação de resultados alcançados e prestação de contas. Cria espaços protegidos para sua própria reflexão e para compartilhar a perspectiva de outros, incluindo oportunidades de expressão a todos os envolvidos, em especial de usuários e estudantes.</p>

ANEXO A – PERFIL DE COMPETÊNCIA DO PRECEPTOR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Cont.)

Área de competência de Educação: formação profissional e produção de conhecimento na saúde

<i>Ações-chave</i>	<i>Desempenhos</i>
<i>Promove o desenvolvimento do trabalho e da educação na saúde</i>	<p>Promove a identificação de necessidades e oportunidades de aprendizagem dos estudantes, da equipe, das pessoas e famílias atendidas, a partir da reflexão sobre as práticas de atenção à saúde, gestão em saúde e educação na saúde. Utiliza uma postura aberta à diversidade de valores, desejos e perspectivas, de modo a atuar segundo os princípios da ética profissional e da humanização na identificação de necessidades de aprendizagem, respeitando os diferentes tempos de aprendizagem de cada um. Identifica suas próprias necessidades de aprendizagem como profissional e preceptor.</p>
<i>Desenvolve ações educacionais e facilita processos de ensino-aprendizagem</i>	<p>Estabelece e promove relações solidárias e corresponsáveis entre todos os envolvidos em ações educacionais. Participa da formação de profissionais de saúde, estimulando a curiosidade para aprender e a utilização do cotidiano do trabalho na saúde para produzir conhecimento. Favorece a utilização de experiências e vivências do trabalho em saúde para a construção de pontes entre os problemas da realidade e a formação de profissionais de saúde.</p> <p>Desenvolve atividades educacionais para estudantes, equipe e pacientes/familiares baseadas nas necessidades de aprendizagem identificadas, considerando e respeitando o conhecimento prévio de cada um e favorecendo o desenvolvimento de novas capacidades voltadas à superação de limitações e dificuldades.</p> <p>Incentiva a capacidade de buscar evidências científicas e de melhores práticas para enfrentar problemas de saúde, promovendo a avaliação crítica das informações e fontes encontradas. Estimula uma investigação que inclua a análise, síntese e avaliação crítica, favorecendo a capacidade de aprender ao longo da vida, com independência.</p> <p>Favorece a produção de conhecimento e de novos significados, segundo uma abordagem construtivista da educação, por meio da interação entre as pessoas e dessas com fontes de informação. Atua como facilitador de aprendizagem de estudantes, da equipe em que atua e de pacientes/familiares, promovendo a educação pelo exemplo. Incentiva o desenvolvimento de novas capacidades orientadas à inovação e à transformação das práticas em saúde, na perspectiva da construção de autonomia para o autocuidado e/ou de competência profissional.</p>
<i>Acompanha e avalia ações e processos educacionais</i>	<p>Utiliza todas as oportunidades para colocar a prática sob reflexão, nos diversos cenários do SUS, contribuindo para a construção de uma rede escola, que também aprende. Estimula a reflexão sobre a preceptoria e o trabalho em saúde nos espaços de educação permanente, visando à melhoria da aprendizagem e da qualidade da atenção à saúde.</p> <p>Monitora e avalia processos, produtos e resultados das atividades educacionais realizadas, sistematizando os aspectos a melhorar, os desafios e conquistas.</p> <p>Faz e recebe críticas de modo ético, orientado à construção de significados, utilizando acertos e erros como insumos para a aprendizagem profissional, organizacional e na preceptoria.</p>
<i>Apoia a produção de novos conhecimentos</i>	<p>Identifica a necessidade de novos conhecimentos a partir da realidade e dos desafios do trabalho em saúde e da formação profissional em saúde, promovendo o reconhecimento, pelos parceiros, dos limites e das potencialidades para produzi-los.</p> <p>Participa e/ou estimula a participação dos estudantes e da equipe na produção científica ou tecnológica na saúde, assentada em princípios ético-científicos e orientada pelas necessidades de saúde das pessoas, de fortalecimento do SUS e de melhoria dos processos de formação.</p> <p>Favorece e apoia processos de criação, disseminação e compartilhamento de saberes orientados ao desenvolvimento de competência profissional e à melhoria da qualidade de vida da população.</p> <p>Promove o desenvolvimento, a utilização e avaliação de inovações tecnológicas de processos e de produtos em saúde e em educação na saúde, estimulando uma prática transformadora no cuidado e na gestão em saúde e na educação na área da saúde.</p>

**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ**

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PRECEPTORIA NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DE HOSPITAIS DE ENSINO DE BELÉM-PA: Percepções do Enfermeiro Preceptor

Pesquisador: NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55030316.1.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.508.251

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, do tipo descritivo com abordagem qualitativa, que tem por objetivo analisar a percepção dos enfermeiros que desenvolvem atividades nos programas de residência em saúde em hospitais de ensino de Belém-Pa, sobre sua atuação e habilidades didático pedagógicas que possibilitam, ou não, a ação de preceptoria junto aos residentes. A pesquisa terá como cenário dois hospitais públicos e de ensino

da cidade de Belém-Pa. Os sujeitos serão enfermeiros que exercem a função de preceptor a pelo menos um ano na instituição. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semi-estruturada. Para tratamento e análise dos dados será utilizada a técnica de análise temática (MINAYO,2014).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a percepção dos enfermeiros que desenvolvem atividades de preceptoria nos programas de residência em saúde em hospitais de ensino de Belém-Pa, sobre sua atuação e habilidades didático pedagógicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepocs@ufpa.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/**



Continuação do Parecer: 1.508.251

Quebra do Anonimato, quebra do sigilo e das relação pesquisador/participantes da pesquisa.

Benefícios:

Ressaltamos que poderá haver benefícios no que se refere à contribuição do estudo para o contexto e serviços envolvidos, visto que oferecerá um diagnóstico da situação atual e conseqüentemente fornecerá subsídios para aprimoramentos, avaliações e/ou melhorar a realidade da preceptoria vivenciada por enfermeiros preceptores de hospitais de ensino de Belém, além da produção do conhecimento científico, pois a conclusão da pesquisa resultará na elaboração final da Dissertação de Mestrado Acadêmico em Enfermagem do pesquisador principal, seguido da divulgação dos resultados por meio da publicação de artigos em periódicos nacionais e/ou internacionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo apresentado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo Sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_661050.pdf	18/03/2016 23:04:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Texto_Final_CEP.pdf	18/03/2016 12:23:24	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	18/03/2016 12:21:42	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito
Outros	Isencao_onus_financeiro.pdf	18/03/2016 12:00:12	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento_CEP.pdf	18/03/2016 11:59:22	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito
Outros	aceite_orientador.pdf	18/03/2016 11:58:44	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepocs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.508.251

Declaração de Pesquisadores	Compromisso_Pesquisador.pdf	18/03/2016 11:58:01	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/03/2016 11:57:16	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	22/02/2016 20:50:21	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 14 de Abril de 2016

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

**ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO
(INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE)**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JOÃO DE BARROS BARRETO - UFPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PRECEPTORIA NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DE HOSPITAIS DE ENSINO DE BELÉM-PA: Percepções do Enfermeiro Preceptor

Pesquisador: NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55030316.1.3001.0017

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.615.995

Apresentação do Projeto:

Estudo de relevância acadêmica. Trata-se de um estudo exploratório, do tipo descritivo com abordagem qualitativa, que tem por objetivo analisar a percepção dos enfermeiros que desenvolvem atividades nos programas de residência em saúde em hospitais de ensino de Belém-Pa, sobre sua atuação e habilidades didáticas e pedagógicas que possibilitam, ou não, a ação de preceptoria junto aos residentes. A pesquisa terá como cenário dois hospitais públicos e de ensino da cidade de Belém-Pa. Os sujeitos serão enfermeiros que exercem a função de preceptor a pelo menos um ano na instituição. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semi-estruturada. Para tratamento e análise dos dados será utilizada a técnica de análise temática. A hipótese do estudo será: como os enfermeiros, que desenvolvem atividades nos programas de residência em saúde em hospitais de ensino de Belém-Pa percebem a sua atuação de preceptoria junto aos residentes?

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a percepção dos enfermeiros que desenvolvem atividades de preceptoria nos programas de residência em saúde em hospitais de ensino de Belém-Pa, sobre sua atuação e habilidades didáticas e pedagógicas.

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487	
Bairro: GUAMA	CEP: 66.073-000
UF: PA	Município: BELEM
Telefone: (91)3201-6754	Fax: (91)3201-6663
	E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JOÃO DE BARROS BARRETO -
UFPA



Continuação do Parecer: 1.615.995

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esta pesquisa apresenta como Riscos: Quebra do Anonimato. O autor apresenta na metodologia os cuidados necessários para preservar o sigilo e anonimato.

Apresenta como Benefícios: a contribuição do estudo para o contexto e serviços envolvidos, visto que oferecerá um diagnóstico da situação atual e conseqüentemente fornecerá subsídios para aprimoramentos, avaliações e/ou melhorar a realidade da preceptoria vivenciada por enfermeiros preceptores de hospitais de ensino de Belém, além da produção do conhecimento científico, pois a conclusão da pesquisa resultará na elaboração final da Dissertação de Mestrado Acadêmico em Enfermagem do pesquisador principal, seguido da divulgação dos resultados por meio da publicação de artigos em periódicos nacionais e/ou internacionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Para o tratamento de dados, o autor pretende utilizar a técnica da Análise de Conteúdo, que tem duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. Para captar mais precisamente os significados manifestos e latentes trazidos pelos participantes deste estudo, o autor utilizará a análise de conteúdo temática, pois esta é a forma que melhor atende à investigação qualitativa, uma vez que a noção de tema está relacionado a uma afirmação a respeito de determinado assunto, comportando um feixe de relações que pode ser apresentado em forma de palavra, frase ou resumo. O tamanho estimado da amostra será de 20 participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados, mas alguns devem ser adequados conforme recomendações abaixo a fim de aprovação pelo CEP. Este estudo deverá ter adequações a fim de iniciar coleta de dados no HJBB.

Recomendações:

Solicitamos que:

1. TCLE: O autor deve atualizar os dados do CEP (identificação do CEP) no TCLE onde o estudo foi apreciado, e incluir esses dados em rodapé de ambas as páginas do documento. Deve ainda retirar identificação do participante com assinatura e RG (vê outra forma de identificação).
2. Cronograma: o autor atualize o cronograma e a metodologia em conformidade com as reais ocorrências temporais: apreciação pelo CEP, coleta de dados. Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ocorrer após aprovação do CEP (corrigir período de coleta na metodologia também).

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487
Bairro: GUAMA CEP: 66.073-000
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-6754 Fax: (91)3201-6663 E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JOÃO DE BARROS BARRETO -
UFPA



Continuação do Parecer: 1.615.995

3. Apêndice B (instrumento de coleta de dados): retirar a coleta do nome do participante (é suficiente o codinome).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado neste CEP, mas deve ser submetido uma Emenda para as correções.

Ressaltamos que as recomendações sugeridas seguem os preceitos da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, a fim de garantir a autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres de todos envolvidos com a pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Consideramos que as recomendações descritas no parecer do CEP devem ser revistas pelo autor para que o estudo realmente possa ser realizado no HUJBB.

Diante do exposto, este Colegiado manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa por estar de acordo com a Resolução nº466/2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Ainda em atendimento a Res. 466/2012 esclarecemos que a responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. Além de apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; de elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Cabe ainda ao pesquisador:

1- desenvolver o projeto conforme delineado;

2- Em acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa. Os relatórios deverão ser inseridos no Sistema Plataforma Brasil pelo ícone "Inserir Notificação" disponível para projetos aprovados.

3- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP, a qualquer momento;

4- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 05 anos após o término da pesquisa;

5- encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;

6- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-000

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-8754

Fax: (91)3201-8663

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JOÃO DE BARROS BARRETO -
UFPA



Continuação do Parecer: 1.615.995

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_661050.pdf	18/03/2016 23:04:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Texto_Final_CEP.pdf	18/03/2016 12:23:24	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	18/03/2016 12:21:42	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito
Outros	Isencao_onus_financeiro.pdf	18/03/2016 12:00:12	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento_CEP.pdf	18/03/2016 11:59:22	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito
Outros	aceite_orientador.pdf	18/03/2016 11:58:44	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Compromisso_Pesquisador.pdf	18/03/2016 11:58:01	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/03/2016 11:57:16	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	22/02/2016 20:50:21	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 30 de Junho de 2016

Assinado por:
João Soares Felício
(Coordenador)

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS 4487
Bairro: GUAMA CEP: 66.073-000
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-6754 Fax: (91)3201-6663 E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL OPHIR LOYOLA (INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE)

HOSPITAL OPHIR LOYOLA -
HOL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PRECEPTORIA NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DE HOSPITAIS DE ENSINO DE BELÉM-PA: Percepções do Enfermeiro Preceptor

Pesquisador: NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55030316.1.3002.5550

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.595.408

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, do tipo descritivo com abordagem qualitativa, que tem por objetivo analisar a percepção dos enfermeiros que desenvolvem atividades nos programas de residência em saúde em hospitais de ensino de Belém-Pa, sobre sua atuação e habilidades didático-pedagógicas que possibilitam, ou não, a ação de preceptoria junto aos residentes. A pesquisa terá como cenário dois hospitais públicos e de ensino da cidade de Belém-Pa. Os sujeitos serão enfermeiros que exercem a função de preceptor a pelo menos um ano na instituição. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semi-estruturada. Para tratamento e análise dos dados será utilizada a técnica de análise temática (MINAYO, 2014).

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a percepção dos enfermeiros que desenvolvem atividades de preceptoria nos programas de residência em saúde em hospitais de ensino de Belém-Pa, sobre sua atuação e habilidades didático-pedagógicas

Endereço: GOVERNADOR MAGALHAES BARATA 523/1075
Bairro: SAO BRAS CEP: 66.063-240
UF: PA Município: BELEM

Telefone: (91)3265-6645

E-mail: cepophirloyola.pa@gmail.com

HOSPITAL OPHIR LOYOLA - HOL



Continuação do Parecer: 1.595.408

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quebra do Anonimato. Ressaltamos que poderá haver benefícios no que se refere à contribuição do estudo para o contexto e serviços envolvidos, visto que oferecerá um diagnóstico da situação atual e conseqüentemente fornecerá subsídios para aprimoramentos, avaliações e/ou melhorar a realidade da preceptoría vivenciada por enfermeiros preceptores de hospitais de ensino de Belém, além da produção do conhecimento científico, pois a conclusão da pesquisa resultará na elaboração final da Dissertação de Mestrado Acadêmico em Enfermagem do pesquisador principal, seguido da divulgação dos resultados por meio da publicação de artigos em periódicos nacionais e/ou internacionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância pois irá revelar a importância de enfermeiros na preceptoría em programa de residência em saúde nos hospitais de ensino em Belém do Pará

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta todos os requisitos necessários

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme Res. CNS 466/12, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais da pesquisa. Nesse sentido, ressaltamos as seguintes atribuições do pesquisador:

- Apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa;
- Desenvolver o projeto conforme delineado;
- Elaborar e apresentar os relatórios parcial (is) e final;
- Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto e
- Justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Endereço: GOVERNADOR MAGALHAES BARATA 523/1075

Bairro: SAO BRAS

CEP: 66.063-240

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3265-6645

E-mail: cepophirloyola.pa@gmail.com

HOSPITAL OPHIR LOYOLA -
HOL



Continuação do Parecer: 1.595.408

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_661050.pdf	18/03/2016 23:04:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Texto_Final_CEP.pdf	18/03/2016 12:23:24	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	18/03/2016 12:21:42	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito
Outros	Isencao_onus_financeiro.pdf	18/03/2016 12:00:12	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento_CEP.pdf	18/03/2016 11:59:22	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito
Outros	aceite_orientador.pdf	18/03/2016 11:58:44	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Compromisso_Pesquisador.pdf	18/03/2016 11:58:01	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/03/2016 11:57:16	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	22/02/2016 20:50:21	NEIVA JOSE DA LUZ DIAS JUNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 17 de Junho de 2016

Assinado por:
Cláudio Tobias Acatauassú Nunes
(Coordenador)

Endereço: GOVERNADOR MAGALHAES BARATA 523/1075
Bairro: SAO BRAS CEP: 66.063-240
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3265-6645 E-mail: cepophirloyola.pa@gmail.com