

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE
PÓS GRADUAÇÃO EM
ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO

**O PRECEPTOR NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:
REALIDADE E DESAFIOS**

CURITIBA
2017

NOELI MARIA RODRIGUES ALVES SANTOS HACK

**O PRECEPTOR NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:
REALIDADE E DESAFIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdade Pequeno Príncipe, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Márcio José de Almeida

CURITIBA
2017

Dedico este trabalho ao meu marido e meus filhos pelo incansável apoio durante esta trajetória.

AGRADECIMENTOS

A Deus, acima de tudo, por me guiar nesta caminhada.

Ao Professor Márcio José de Almeida que me amparou e conduziu na realização desta pesquisa, pela sua humildade, afeto e respeito que inspiram a minha caminhada.

A banca, Professora Rosiane Guetter Mello e Professora Giseli Cipriano Rodacoski, pelo tempo destinado ao meu trabalho e contribuições.

A Diretora Geral Professora Patricia Forte Rauli pelo carinho e oportunidade.

A Diretora Adm-Financeira Adrienne de Castro Rauli pela oportunidade.

A Professora Rosiane Guetter Mello pelo carinho, apoio, incentivo e paciência.

Ao Professor Roberto Zonato Esteves pelas dicas e por me apresentar o trabalho da professora Denise Herdy.

Aos Coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional do Município de Curitiba pelo apoio.

Aos preceptores, pela generosidade em disponibilizar seu tempo e contribuir com suas vivências.

A Eliane Rozados Fernandez Costa e Alexa Aparecida Lara Marchiorato, amigas de todas as horas, obrigada pela partilha durante o curso, pelo apoio nas dificuldades e abraços nas conquistas

A Eliana Coutinho Evers amiga desta vida, obrigada por acreditar no meu trabalho.

A Luciane Favareto da Silva, secretária do mestrado, pela paciência.

A todos os colegas do mestrado pela convivência e parceria

Ao meu esposo, Édison Hack, por acreditar em mim, pela sua cumplicidade, pelo seu amor, companheirismo, ajuda, por fazer parte da minha vida. Te Amo!!!

Aos meus filhos Mateus Hack e Letícia Hack, que trazem luz a minha vida, um amor especial, obrigada pela paciência.

A meus pais, Melchiades Rodrigues Alves (*In memoriam*) e minha mãe Noemi Angelotti Alves, pelos ensinamentos, pelo incentivo e carinho o que me permitiu continuar seguindo em frente na constante busca pelo conhecimento.

A minha **GRANDE** família, pelo incentivo, apoio e carinho.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	
3.1 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE	17
3.2 OS ATORES DOS PROGRAMAS	23
3.3 O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM	28
4 METODOLOGIA	
4.1 ESTRATÉGIA DE PESQUISA	31
4.2 TIPO DE ESTUDO	31
4.3 LOCAL DO ESTUDO	32
4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO	33
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DAS INFORMAÇÕES	33
4.5.1 VALIDADE	34
4.5.2 CONFIABILIDADE	35
4.5.3 ANÁLISE FATORIAL	35
4.5.4 ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA	35
4.5.4 AVALIAÇÃO DAS ESTATÍSTICAS DE AJUSTE	35
4.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	37
4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	
5.1 PERFIL DOS PRECEPTORES	38

5.2	RELACIONAMENTO INTERPESSOAL DOS PRECEPTORES	43
5.3	EDUCAÇÃO	45
5.3.1	Atividades Pedagógicas	45
5.3.2	Produção Científica	48
5.3.3	Conhecimento	49
5.4	ATIVIDADES DE AVALIAÇÃO	50
5.5	GESTÃO	53
5.5.1	Gestão de Pessoas	54
5.5.2	Gestão de Tempo	55
5.5.3	Gestão de Programa	57
5.6	QUESTÕES TRANSVERSAIS	58
5.7	OBSERVAÇÕES ESPONTÂNEAS	60
5.8	VALIDAÇÃO	63
5.8.1	Índices de Qualidade do modelo	64
6	CONCLUSÕES	65
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICES	78
	APÊNDICE 1	79
	APÊNDICE 2	80
	ANEXO	81

LISTA DE TABELAS

TABELA - 1 Distribuição dos Preceptores Segundo Faixa Etária.....	39
TABELA - 2 Distribuição dos Preceptores por Gênero.....	39
TABELA - 3 Distribuição dos preceptores por Categoria Profissional.....	40
TABELA - 4 Distribuição dos Preceptores por Titulação.....	41
TABELA - 5 Distribuição dos Preceptores por Experiência na Docência.....	41
TABELA - 6 Distribuição dos Preceptores por Tempo e Formação e Preceptoría	42
TABELA - 7 Relacionamento Interpessoal dos Preceptores.....	44
TABELA - 8 Atividades Pedagógicas - Educação.....	46
TABELA - 9 Atividades Pedagógicas - Produção Científica.....	48
TABELA - 10 Atividades Pedagógicas - Conhecimento.....	49
TABELA - 11 Avaliação do Residente	52
TABELA - 12 Avaliação do Programa.....	53
TABELA - 12 Gestão de Pessoas.....	55
TABELA - 13 Gestão de Tempo.....	56
TABELA - 14 Gestão de Programa.....	57
TABELA - 15 Questões Transversais.....	59
TABELA - 16 Valor Alfa de Cronbach para cada Eixo do Questionário.....	63
TABELA - 17 Indicadores de Qualidade do Modelo Estrutural (Análise Confirmatória).....	64

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação Esquemática das Etapas da Pesquisa.....	31
Figura 2 – Representação da Integração Ensino-Serviço-Comunidade.....	40
Figura 3 – Distribuição das Unidades de Contexto e de Registro construídas a partir das observações espontâneas.....	59

LISTA DE SIGLAS

AGFI	– Índice ajustado de qualidade de ajuste
APS	– Atenção Primária à Saúde
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CIRH	– Comissão Intersetorial de Recursos Humanos
CNS	– Conselho Nacional de Saúde
CGEE	– Centro de Gestão e Estudos Estratégicos
CNRMS	– Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
COREMU	– Comissão de Residência Multiprofissional
DCN	– Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGERTS	– Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	– Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EPS	– Educação Permanente em Saúde
FNRS	– Fórum Nacional de Residentes em Saúde
GM/MS	– Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
HUFs	– Hospitais Universitários Federais
IES	– Instituição de Ensino Superior
INEP	– Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IDA	– Integração Docente-Assistencial
LOS	– Lei Orgânica da Saúde
LDB	– Lei de Diretrizes e Bases
MEC	– Ministério da Educação
MS	– Ministério da Saúde
NASF	– Núcleo de Apoio à Saúde da Família

- NOB/RH – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
- PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
- PP – Projeto Pedagógico
- PRMS – Programas de Residência Multiprofissional em Saúde
- ProJovem – Programa Nacional de Inclusão de Jovens
- REHUF – Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
- RMS – Residência Multiprofissional em Saúde
- SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
- SNRMS – Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HACK, NMRAS. O PRECEPTOR NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: REALIDADE E DESAFIOS. 2017. 88f. Dissertação de Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde – Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba.

Orientador: Dr. Prof. Márcio José de Almeida

RESUMO

A preceptoria na residência multiprofissional tem um papel determinante na formação em saúde. Os preceptores são profissionais responsáveis pelo acompanhamento e orientação dos residentes nos cenários de prática, também promovem a integração com outras áreas, com as equipes e com a população. Contudo, é necessário mais atenção na formação do preceptor, considerando sua importância na formação profissional. Os objetivos deste estudo foram identificar o perfil do preceptor, analisar sua relação com o processo ensino-aprendizagem e validar o instrumento de pesquisa. A pesquisa foi realizada com preceptores dos programas de residência multiprofissional existentes no município de Curitiba, foi utilizado o método transversal de natureza quantitativa de cunho exploratório descritivo. Para a coleta das informações foi aplicado um questionário com sessenta (60) afirmações em uma escala likert dividida em "sempre", "quase sempre", "as vezes", "nunca", subdividido em cinco (5) eixos: 1) Relacionamento Interpessoal; 2) Educação, subdividido em: Atividades Pedagógicas, Produção Científica e Conhecimento; 3) Avaliação; 4) Gestão, subdividido em: Pessoas, Tempo e Programa; 5) Transversal contemplando, Motivação, Ética, Imprevistos e reconhecimento. Os resultados permitiram conhecer um pouco melhor a realidade da preceptoria no processo ensino-aprendizagem e o perfil sócio-demográfico dos preceptores. Observamos um grande empenho e dedicação dos preceptores. Evidenciamos um percentual significativo de preceptores sem experiência na docência, além de uma grande carência na formação pedagógica e na organização dos processos de trabalho. Sobrecarga de atividades, refletindo diretamente no acompanhamento dos residentes no trabalho diário, falta de reconhecimento, deficiência na integração ensino-serviço e necessidade de definição formal institucional sobre as atividades dos preceptores. O trabalho aponta para a necessidade de uma Educação Permanente mais efetiva, por meio da elaboração de cursos de formação pedagógica assim como, a sensibilização das instituições e colaboradores que fazem parte dos serviços que recebem os residentes. É notória a necessidade de um maior empenho dos gestores na elaboração e execução de cursos de formação, assim como maior aproximação entre instituições de ensino com os serviços de saúde, na busca do reconhecimento e readequação das atividades objetivando uma formação adequada.

Palavras-chave: Preceptores, Residência Multiprofissional em Saúde, Preceptoria, Ensino-aprendizagem.

HACK, NMRAS. The Preceptor IN RESIDENCE MULTIPROFISSIONAL HEALTH: REALITY AND CHALLENGES. 2017. 88f. Dissertation in Education in Health Sciences - Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba.

Advisor: Prof.Dr. Márcio José de Almeida

ABSTRACT

The preceptorship in the multiprofessional residency has a key role in health education. The preceptors are professionals responsible for the monitoring and orientation of residents in the practice scenarios, also promote integration with other areas, with teams and with the population. However, more attention is needed in the training of the preceptor, considering its importance in vocational training. The objectives of this study were to identify the preceptor profile, analyze its relationship with the teaching-learning process and validate the research instrument. The research was carried out with preceptors of multiprofessional residency programs in the city of Curitiba, using the transversal method of descriptive exploratory quantitative nature. For the information collection, a questionnaire was applied with sixty (60) questions was applied on a likert scale divided into "always", "almost always", "sometimes", "never", subdivided into five (5) axes: 1) Relationship Interpersonal; 2) Education, subdivided into: Pedagogical Activities, Scientific Production and Knowledge; 3) Evaluation; 4) Management, subdivided into: People, Time and Program; 5) Transversal contemplating, Motivation, Ethics, Unforeseen and recognition. The results allowed us to know a little better the reality of the preceptorship in the teaching-learning process and the socio-demographic profile of the preceptors. We observe a great commitment and dedication of the preceptors. We evidenced a significant percentage of preceptors with no teaching experience, besides a great lack in the pedagogical formation and the organization of the work processes Activity overload, directly reflecting the monitoring of daily work residents, lack of recognition, deficiency in teaching-service integration and the need for formal institutional definition of activities of preceptors. The work points to the need for a more effective Permanent Education, through the elaboration of pedagogic training courses as well as the awareness of the institutions and employees that are part of the services that the residents receive. It is clear that there is a need for a greater commitment of managers in the elaboration and execution of training courses, as well as a closer approximation between educational institutions and health services, in the search for the recognition and re-adaptation of activities aiming at adequate training.

Key words: Preceptors, Multidisciplinary Residency in Health, Preceptorship, teaching and learning.

1 INTRODUÇÃO

O processo de ensino-aprendizagem durante a residência é ainda pouco estudado. A maioria dos trabalhos discute a titulação do corpo docente, as condições de trabalho dos residentes e a organização dos programas dos hospitais de ensino. Mas o conteúdo da formação, como o processo acontece, como e o que os residentes aprendem e como aprendem ainda é pouco estudado.

Vivenciamos a dificuldade de inserir no dia a dia das atividades práticas dos residentes as questões referentes ao estudo sobre como na maioria das vezes, o serviço absorve o residente nas práticas, dificultando a busca científica para uma reflexão sobre suas ações.

Esta pesquisa partiu da necessidade de conhecer como acontece o processo de ensino-aprendizagem nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS). Para tanto buscamos entender o processo histórico destes programas, que estão pautados pela estrutura político-organizativa a partir da Lei nº 8.080/90, que definiu para a área de formação os pressupostos para a Política Nacional de Educação na Saúde, que deve ser formalizada e executada pelas distintas esferas de governo.

Estes programas foram apresentados como estratégia de reorientação da Atenção Básica para a implantação/reorganização dos serviços públicos embasados na lógica do Sistema Único da Saúde (SUS). Tendo com objetivo produzir as condições necessárias para as mudanças no modelo médico-assistencial restritivo de atenção em saúde, que ainda é hegemônico.

A regulamentação da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) iniciou com a promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que criou a residência em área profissional da saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Os PRMS proporcionam a inclusão no mercado de trabalho, sobretudo nas áreas prioritárias para o SUS. Constituiu um processo que inclui projetos políticos gestados no campo da articulação de movimentos da sociedade civil e da esfera pública, estabeleceu-se como programas de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho.

Também foram identificados os atores deste processo, docentes, tutores, preceptores, residentes e seus papéis de acordo com a Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012. Assim como a atuação na correlação dos campos da educação, da saúde e do trabalho no contexto do ensino em serviços de saúde.

Evidenciaram-se as dificuldades no processo ensino-aprendizagem, de muitos profissionais. Isso se deve a não terem recebido, ao longo de sua formação acadêmica, o conhecimento sobre metodologias de ensino pautadas no trabalho multiprofissional. É necessário um maior comprometimento com este processo, caso contrário a RMS pode vir a ser considerada de forma negativa, e não como uma contribuição para a melhoria dos serviços.

Para Neto *et al* (2015) nos PRMS existentes, há uma grande diversidade de projetos políticos pedagógicos e de práticas de ensino. As diferenças entre as RMS se dão das mais diversas formas, desde a natureza (pública, privada, filantrópica) e estrutura da instituição de ensino disponível para a formação, a relação desta com a rede SUS, instituições de ensino, a qualificação da tutoria, preceptoria, entre outras. A falta de articulação entre ensino e serviço sobre RMS pode colaborar para esta diversidade, o que ameaça a descaracterização e a proposta desta modalidade de formação. Temos exemplos de Residências, onde ela é vista, como facilidade de disponibilizar "mão-de-obra barata" para os serviços. No entanto, em algumas instituições a Residência existe como estratégia para consolidação do SUS, possibilitando um dispositivo capaz de originar a práxis nos serviços envolvidos.

Para Feuerwerker (2002), transformar a formação profissional exige mudanças profundas que implicam alterações não apenas de concepções e práticas, mas também de relações de poder nas universidades, nos serviços de saúde e no campo das políticas.

Neste contexto existem alguns pontos que precisam ser esclarecidos. Por exemplo: como acontece a integração ensino-serviço, os processos de ensino e aprendizagem, a educação permanente para preceptores.

Desta forma buscamos entender como se dá a atuação do preceptor na relação de ensino-aprendizagem nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde existentes no Município de Curitiba?

2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Conhecer qual é a realidade da preceptoria no processo ensino-aprendizagem nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde em Curitiba.

Objetivos Específicos

1. Identificar o perfil sócio-demográfico dos preceptores desses Programas de Residência.
2. Analisar como os preceptores se autoavaliam.
3. Validar o instrumento de pesquisa.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

No Brasil, a modalidade de ensino denominada Residência consolidou-se como especialização para médicos e, a partir desta modalidade, surgiram novos desenhos técnico-assistenciais buscando a ressignificação das práticas e da formação de trabalhadores, tendo como referência os processos de inserção nos serviços.

Com a criação do SUS e sua responsabilidade de ordenar a formação dos recursos humanos na área da saúde, muitas ações e estratégias foram implementadas, com objetivo de formar profissionais de saúde com competência para atuar em diferentes níveis de atenção: 1. "Porta de Entrada" - Unidades Básicas ou Postos de Saúde, 2. Média complexidade, estão as Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento e 3. Alta complexidade - Hospitais Escola e Hospitais de Grande Porte.

Contudo, a inclusão dos alunos de graduação na rede de saúde e no nível terciário, trouxe fortes questões de ordem pedagógica, na medida em que implica um trabalho de mediação entre teoria e prática a ser alcançado por docentes das instituições formadoras. E também pelos trabalhadores profissionais das unidades de saúde que atuam como preceptores, que desempenham este papel além das suas funções no serviço.

Os PRMS estão pautados pela estrutura político-organizativa a partir da Lei Orgânica da Saúde (LOS) n. 8.080/90 que regulamentou e detalhou os objetivos, os princípios, as diretrizes, a organização e a gestão administrativa e financeira do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei Orgânica da Saúde (LOS) definiu competências em cada esfera de governo, delineou a questão dos recursos e do controle social, exercido por duas instâncias colegiadas: as Conferências e os Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990a e 1990b).

No aspecto jurídico legal, a ação educativa ficou determinada à gestão do SUS através da competência pelo ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde (CF, art.200, III) e foi regulamentada pela LOS - no CAPÍTULO I Dos Objetivos e Atribuições, Artigo 6º, confirmando a necessidade de mudança nas práticas de saúde constituinte desse projeto político. Isto implica em alterações significativas no processo de intervenção estatal nos planos do trabalho e da formação como ação educativa dos profissionais dessa área.

De acordo com Ceccim *et al* (2002) a ação educativa se apresenta como forma de desenvolvimento e formação dos trabalhadores, porém com concepções distintas de intervenção estatal. Seguem as principais características entre elas:

Enquanto a formação se refere: à educação formal que gera uma certificação/habilitação profissional específica, podendo estar voltada ao pessoal inserido no serviço ou não, aparecendo, geralmente, sob esta mesma designação ou sob a identificação dos programas e cursos de educação profissional, educação superior e educação pós-graduada. (CECCIM, *et al*, 2002, p. 374).

O desenvolvimento se refere: à educação de profissionais durante sua experiência de emprego no setor e aparece, nos vários documentos citados sob

diferentes designações, tais como educação contínua ou continuada, educação permanente, reciclagem, capacitação, aperfeiçoamento, treinamento e motivação;

Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), que tem como finalidade formar recursos humanos para a saúde e regulamentar as profissões e o mercado de trabalho. O novo órgão assumiu o papel já definido na legislação “[...] de gestor federal do SUS na formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil” (PASINI, 2010).

Com a criação do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) e do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) a SGTES deixou clara a distinção entre dois campos de conhecimento: o do Trabalho em Saúde e da Educação na Saúde, (CECCIM, 2008).

A educação ganhou nome na política de saúde, descolou-se da gestão do trabalho e colocou em cheque a designação Recursos Humanos porque aos “recursos” humanos (o fator humano nas linhas de montagem do capital monopolista) não se destina uma ressingularização permanente, se destina reciclagem, treinamento e capacitação. A nova linguagem se apresentava, não sob a vigência de um novo domínio de conhecimento no interior do setor da saúde, mas sob o domínio vigente dos Recursos Humanos em Saúde (CECCIM, 2008, p. 17).

A partir destas estruturas emerge a necessidade de diálogo com a área da educação e em 2004 a SGTES apresentou, depois da sua aprovação no CNS, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Instituída pela Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 a nova política propõe uma ação estratégica para cooperar com a transformação nos processos formativos, das práticas pedagógicas, de saúde e organização dos serviços. Propõe ainda um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de governo e as instituições formadoras (BRASIL, 2004a).

Em 2005 a SGTES realizou o I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Nesta ocasião foram definidos quatro eixos principais para nortear os trabalhos:

- 1- Estratégias para a Construção da Multidisciplinaridade visando atender o preceito constitucional da integralidade.
- 2- Construção de Diretrizes Nacionais para a Residência Multiprofissional em Saúde.
- 3- Composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

4- Criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SNRMS).

Foram convidados os coordenadores, residentes e secretários municipais e estaduais dos programas financiados pelo Ministério da Saúde, buscando aprender com as vivências de cada programa. O documento produzido recebeu contribuições e foi consolidado em conjunto com a SGTES e pela Comissão Intersetorial de Recursos Humanos/ Conselho Nacional de Saúde (CIRH/CNS). Este documento foi o ponto de partida para uma parceria estabelecida pela SGTES com o movimento dos residentes.

A Educação Permanente em Saúde objetiva possibilitar tanto a qualificação de profissionais como a contribuição para mudanças do desenho tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Baseia-se na educação como objeto de intervenção no trabalho e para o trabalho na busca de transformar as práticas de saúde. Tem como perspectiva de educação, a busca pela superação das práticas fragmentadas e das tradicionais concepções pedagógicas - ainda hegemônicas na formação acadêmica. Assim, as políticas de formação e de desenvolvimento de trabalhadores, como os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, devem buscar na EPS, uma política estruturante, os fundamentos para seus projetos político-pedagógicos (BRASIL, 2004b).

Foi estabelecido o financiamento regular para os Programas de Residência Multiprofissional de Saúde. Para Ceccim (2008) as discussões e avaliações, no interior do projeto da Reforma Sanitária, também assumem que uma transformação somente ocorre quando acompanhada de correspondente projeto educativo e financiamento.

Em 2005, foi apresentada pelo Ministério da Saúde (MS) a possibilidade da composição de Residências em área Profissional de Saúde a serem oferecidas concomitantemente às Residências Médicas, com características integradas ou multiprofissionais, preservando a sua não unificação à Residência Médica ainda que recomendando a sua integração (BRASIL 2005a).

Com a promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, dentre as proposições que instituem o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem) criou a Residência em Área profissional da Saúde, cuja execução se orienta pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Tendo como objetivo uma formação específica, visando a promoção de uma nova cultura de intervenção e de entendimento da saúde, através da formação em serviço a partir das necessidades e realidades locais e regionais, envolvendo as seguintes profissões da área da saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

A inclusão destas profissões reforça a interdisciplinaridade e confere caráter inovador aos PRMS, visando assim à formação coletiva sem deixar de priorizar e respeitar as especificidades de cada profissão, “[...] sinalizando mais um passo importante para a construção da integralidade do cuidado na formação em saúde” (HADDAD, 2009). Institui-se que a Residência Multiprofissional em Saúde deve estabelecer - se como um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente para a construção do SUS.

Os Programas proporcionam aos profissionais da saúde inserção no mercado de trabalho, sobretudo nas áreas prioritárias para o SUS.

Em, janeiro de 2007, foi publicada a Portaria Interministerial nº 45, que instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), coordenada pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação tem entre suas atribuições, o credenciamento de Programas de Residência em Saúde (multiprofissionais ou uniprofissionais) e das instituições habilitadas para oferecê-los. Bem como o registro de certificados de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde, de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do Programa de acordo o Projeto Pedagógico e os princípios e diretrizes do SUS.

A Portaria define também, que os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde serão orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, de forma a contemplar os seguintes eixos norteadores:

I - cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do País;

- II - concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural;
- III - política nacional de educação e desenvolvimento no SUS aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuada entre as distintas esferas de governo;
- IV - abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;
- V - estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurada em itinerário de linhas de cuidado de forma a garantir a formação integral e interdisciplinar;
- VI - integração ensino-serviço-comunidade por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, promovendo articulação entre ensino, serviço e gestão;
- VII - integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação do processo de formação em equipe, tendo em vista a necessidade de mudanças no processo de formação, do trabalho e da gestão na saúde;
- VIII - integração com diferentes níveis de formação dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com o ensino de educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde;
- IX - articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;
- X - descentralização e regionalização contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;
- XI - monitoramento e avaliação pactuados para garantir que o sistema de avaliação formativa seja dialógico e envolva a participação das instituições formadoras, coordenadores de programas, preceptores, tutores, docentes, residentes, gestores e gerentes do SUS e o controle social do SUS, considerando a conformação da política, da execução e da avaliação dos resultados;
- XII - integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e à Gestão do Sistema.

Em 2008, foi definida a estrutura, a organização e o funcionamento da CNRM (BRASIL, 2008a). Também foi definida a carga horária dos programas de Residência em 60 horas semanais (BRASIL, 2008b), adotando a mesma definição da Residência Médica.

Em maio de 2009, durante o III Fórum dos Dirigentes dos HUFs (Hospitais Universitários Federais), foram expostas as diretrizes básicas do projeto de implantação dos programas de residência integrada multiprofissional em saúde nos hospitais universitários federais. Em fevereiro de 2010, tiveram início 35 programas desenvolvidos em 40 hospitais universitários federais, ainda neste ano o Ministério da Educação institui o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais– REHUF- e a RMS aparece nesse contexto.

Tendo por base esse histórico marcado por alguns avanços, o Fórum Nacional de Residentes em Saúde (FNRS) manifesta que nos primeiros dois anos de funcionamento da CNRMS vinham sendo possível manter o espírito democrático de negociação para a construção das residências. Havia, segundo o Fórum, um permanente diálogo com os movimentos sociais e profissionais da área da saúde por meio de Seminários das entidades representadas dos Fóruns Nacionais.

Os Programas de Residência começavam, assim, a ter um contorno e uma conformação através das discussões e apontamentos que foram objetos das plenárias das principais Conferências de Saúde e de Recursos Humanos, como um alinhamento com as Legislações que versam sobre a Formação de Profissionais para o SUS, como a LOS, as DCN e a NOB/RH.

A Residência Multiprofissional torna-se parte de um conjunto de ações que busca instituir um projeto de mudança na formação em saúde. Trata-se de um processo que passa a adquirir espaços nas agendas governamentais, através de atores ligados ao Movimento Sanitário no interior do Estado, atuando nesse cenário de intensas negociações (LUCCHESI, 2011).

Os PRMS fazem parte de um conjunto de ações mas que segundo Fajardo (2011), o credenciamento ainda não está efetivado, o que impede a titulação oficial dos residentes segundo a legislação referida à pós-graduação lato sensu, após concluírem a Residência.

3.2 OS ATORES DOS PROGRAMAS

As funções dos Docentes, Tutores, Preceptores, Residentes/Profissionais da Saúde foram descritas na Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012.

Os docentes são profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no Projeto Pedagógico (PP), devendo realizar as seguintes funções:

- Articular mecanismos de estímulo para a participação de preceptores e residentes nas atividades de pesquisa e nos projetos de intervenção;
- Apoiar a coordenação dos programas na elaboração e execução de projetos de educação permanente em saúde para a equipe de preceptores da instituição executora;
- Promover a elaboração de projetos de mestrado profissional associados aos programas de residência;
- Orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU).

Os tutores são profissionais que realizam atividades de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. Entre suas funções está a tutoria de núcleo e de campo.

A tutoria de núcleo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes. A tutoria de campo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa.

Ao Tutor compete ainda:

- Implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, realizando encontros periódicos com preceptores e residentes com frequência mínima semanal, contemplando todas as áreas envolvidas no programa;
- Organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PP;
- Participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores;
- Planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;
- Articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;
- Participar do processo de avaliação dos residentes;
- Participar da avaliação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;
- Orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU.

Os preceptores são profissionais que realizam supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista.

Ainda, segundo a Resolução o preceptor deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática. Considera-se também que a supervisão de preceptor de mesma área profissional, não se aplica a programas, áreas de concentração ou estágios voltados às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados na área de atuação específica, como por exemplo: gestão, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, ambiental ou sanitária, entre outras.

O preceptor tem como função:

- Ser orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;
- 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;
- Elaborar, com suporte do(s) tutor(es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;
- 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;
- 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;
- 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;
- Participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão;
- Proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral;
- Participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;
- Orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU, respeitada a exigência mínima de titulação de mestre.

O profissional de saúde que ingressa em Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde recebe a denominação de Profissional de Saúde Residente. Segundo a resolução suas atribuições são:

- Conhecer o PP do programa para o qual ingressou, atuando de acordo com as suas diretrizes orientadoras;
- Empenhar-se como articulador participativo na criação e implementação de alternativas estratégicas inovadoras no campo da atenção e gestão em saúde, imprescindíveis para as mudanças necessárias à consolidação do SUS;
- Ser corresponsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço, desencadeando reconfigurações no campo, a partir de novas modalidades de relações interpessoais, organizacionais, éticas humanísticas e técnico-sócio-políticas;
- Dedicar-se exclusivamente ao programa, cumprindo a carga horária de 60 (sessenta) horas semanais;
- Conduzir-se com comportamento ético perante a comunidade e usuários envolvidos no exercício de suas funções, bem como perante o corpo docente, corpo discente e técnico-administrativo das instituições que desenvolvem o programa;
- Comparecer com pontualidade e assiduidade às atividades da residência;
- Articular-se com os representantes dos profissionais da saúde residentes na COREMU da instituição;
- Integrar-se às diversas áreas profissionais no respectivo campo, bem como com alunos do ensino da educação profissional, graduação e pós-graduação na área da saúde;
- Integrar-se à equipe dos serviços de saúde e à comunidade nos cenários de prática;
- Buscar a articulação com outros programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde e também com os programas de residência médica;
- Zelar pelo patrimônio institucional;
- Participar de comissões ou reuniões sempre que for solicitado;
- Manter-se atualizado sobre a regulamentação relacionada à residência multiprofissional e em área profissional de saúde;
- Participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento.

3.3 O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Após a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação nas áreas de saúde, em 2001 (MEC, 2001, p.38), acreditava-se que as Instituições de Ensino reorientariam seus Projetos Pedagógicos em busca de um trabalho articulado com a proposta do SUS. Com vistas na integralidade do cuidado e tendo como competências gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente. Contudo, verificou-se que novos passos para além das diretrizes seriam indispensáveis para que as mudanças na formação profissional em saúde acontecessem nas graduações.

Desta forma é fundamental reconhecer a necessidade da transformação, trilhando novos caminhos conceituais e explorando práticas inovadoras.

Esta prática embora indispensável, pode não ser suficiente, para superar conceitos e práticas hegemônicos, solidamente instalados dentro e fora das instituições formadoras (CECCIM, FEUERWERKER, 2004, p.1405).

Segundo Mohr (2011) nos cursos de formação da saúde, na sua maioria, não estão presentes, elementos e fundamentos pedagógicos que os capacitem a lidar com competência e preparo nessa esfera de sua atividade profissional, em que pese a natureza desta, na qual o cuidar requer muito de educar.

Para Mohr *apud* THESAURUS BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO:

Educação é o processo pelo qual o ser humano (indivíduo e coletividade) desenvolve seu intelecto, suas potencialidades, sua cultura, satisfaz suas necessidades e se torna agente de sua história interagindo constantemente com o meio (INEP, 2010, p. 52).

É necessário entender que junto da competência para a técnica, é necessária a competência pedagógica para compreender, planejar e executar ações educativas.

A EPS traz uma reflexão crítica sobre trabalho, buscando resolubilidade e promoção da saúde. Estreitando o conceito pedagógico e as relações entre ensino-aprendizagem, entre docência e atenção à saúde. O envolvimento direto dos trabalhadores avaliando o seu cotidiano implanta o processo educativo nas práticas dos serviços. A base metodológica desta política de educação está na articulação

entre gestão, assistência e participação popular. Está baseada na aprendizagem significativa buscando a transformação das práticas nos serviços.

Em apoio a política de EP os programas de RMS, objetivam superar a segmentação do conhecimento e do cuidado/ atenção em saúde, através da formação em serviço, mediante acompanhamento e supervisão, procurando, assim, integrar diversos profissionais e áreas de conhecimento. De acordo com Merhy (2002) pensar a educação no trabalho em saúde deve ser um exercício de atenção às tentativas de captura dessas fugas aos modelamentos hegemônicos – diversas conformações legais e normativas agem nessa direção – reconhecendo que mesmo em lugares em que as atividades encontram-se bastante enrijecidas e previstas, o trabalhador tem oportunidades de singularizar o processo de cuidado que desenvolve, escapando às normativas.

Assim é importante reforçar a percepção do SUS no processo de ensino-aprendizagem, e onde está a RMS, o que provoca, diferentes iniciativas de mudanças na formação profissional de saúde através da articulação do ensino com o serviço e os movimentos sociais. A construção política e conceitual significou uma importante mudança de perspectiva na abordagem dos serviços de saúde: “[...] estes como espaços de geração de novos conhecimentos e práticas voltados para a inovação assistencial” (CLOSS, 2012).

No entanto o processo não foi fácil. Houve a revogação da Portaria Interministerial nº 45/2007, substituída pela Portaria Interministerial nº1077 (BRASIL, 2011b) reafirmando a carga horária para 60 horas semanais, o que foi motivo de discussões entre coordenadores de programas, tutores, preceptores e residentes, uma vez que havia um intenso debate sobre a carga horária dos programas.

Manteve também os eixos norteadores para a constituição e funcionamento dos programas, instituir o Programa Nacional de Bolsas, alterou a composição e o funcionamento das CNRMS que, este fato gerou grande descontentamento por parte dos fóruns envolvidos com os Programas de Residência, Diante disto, Dallegrave e Kruse (2009) alertam que apesar de todas as prerrogativas proporcionadas, a residência multiprofissional ainda é um projeto em construção que precisa de ações e mudanças para incidir na prática dos serviços.

Em 2010, o Decreto nº 7082, estabeleceu o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF. Conforme a Lei 8080/1990 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 acadêmicas e de serviço no campo da saúde. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Segundo esse Decreto esses hospitais devem implementar a residência multiprofissional nas áreas estratégicas para o SUS, estimulando o trabalho em equipe multiprofissional e contribuindo para a qualificação dos recursos humanos especializados, de forma a garantir assistência integral à saúde. (Inciso IV do Art. 2º, Decreto 7082/2010).

Em qualquer área, formar profissionais com perfil adequado significa propiciar a capacidade de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de comunicar-se, de refletir criticamente e de aprimorar qualidades humanistas.

Assim, no sentido de tornar o SUS uma rede para o processo de ensino-aprendizagem, algumas estratégias foram implementadas: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o Programa Aprender SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2004c) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, que passaram a impulsionar mudanças nos processos de formação, com base na reorientação teórica, nos cenários de prática e na reorientação pedagógica, propondo uma parceria na gestão do processo de mudança entre os três segmentos: universidade, serviço e comunidade (BRASIL, 2005b).

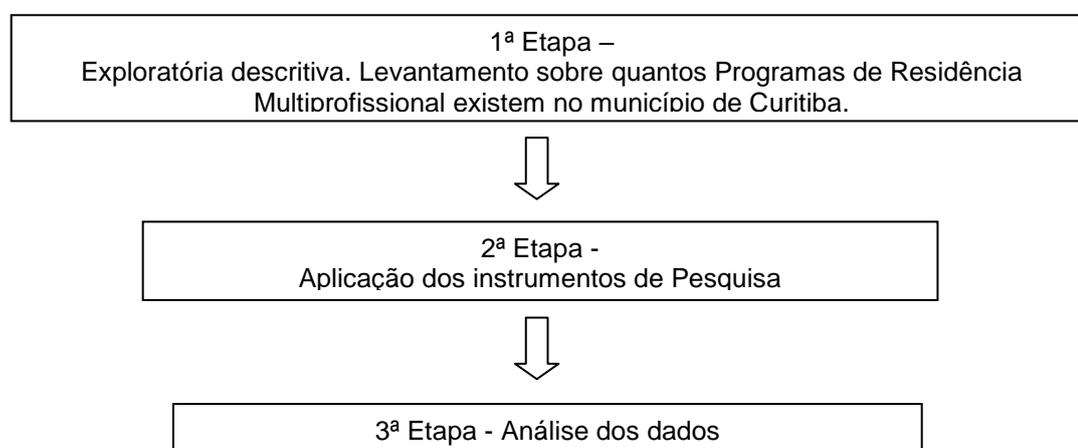
Considerando o processo de implantação dos PRMS e seus atuais desafios, buscou-se valorizar a estratégia pedagógica focando a qualidade do processo de aprendizagem dos residentes, além de definir as funções de cada um dos parceiros quanto ao desenvolvimento e financiamento, possibilitando maior clareza na construção dos projetos.

4 METODOLOGIA

4.1 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Neste item estão representadas as etapas realizadas na pesquisa, desde a identificação e levantamentos dos programas até a análise dos dados.

FIGURA 1 – REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DAS ETAPAS DE PESQUISA



FONTE: O AUTOR (2017)

4.2 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa é de natureza descritiva de cunho exploratória e descritivo que foi desenvolvida pelo método transversal. É exploratório na medida em que investiga um tema pouco estudado e a escolha do método contempla o propósito de realizar uma análise das respostas dos preceptores dos Programas de Residência Multiprofissional. Minayo (2003) aponta que o pesquisador parte de problemas, dúvidas ou circunstâncias adversas da vida prática, em articulação com conhecimentos prévios a respeito do tema.

A pesquisa exploratória parte de uma realidade específica, da qual se tem restrito conhecimento, podendo ser representada por um recorte de um grande tema

ou área de interesse. Este tipo de estudo busca o aprofundamento da realidade em questão, mediante a aproximação entre o pesquisador e o objeto de estudo. Frequentemente, a pesquisa exploratória se constitui na etapa preliminar de investigações mais abrangentes, à medida que fornece subsídios e informações a respeito do tema, propiciando um panorama geral (VANZIN e NERY, 1998; GIL, 2002).

Para Chizzotti (2000) apud Dyniewicz (2007, p.91) os estudos descritivos permitem ao pesquisador conhecer e descrever as características de um grupo ou de uma determinada comunidade, levantar convicções ou propósitos de uma população, apontar fatos ou fenômenos específicos que ocultam uma realidade.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno (MINAYO, 1994, p.30). Para Tomasi e Yamamoto (1999, p. 42), a pesquisa descritiva visa o estudo de fatos e fenômenos do mundo físico e especialmente do mundo humano, sem a interferência do investigador e também procura descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características. Busca conhecer diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política e econômica e demais aspectos do comportamento humano.

O método transversal segundo Medronho (2009) é caracterizado pela observação direta de uma quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade, num prazo determinado de tempo, o mais curto possível, decorrido da observação entre o primeiro e o último indivíduo.

4.3 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo aconteceu no Município de Curitiba, com 5 das 6 Instituições que oferecem o Programas de Residência Multiprofissional.

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com Preceptores de Programas de Residência Multiprofissional do Município de Curitiba.

Foram definidos como critérios de Inclusão:

- a) Ser preceptor de uma área do Programa de Residência Multiprofissional;
- b) Aceitar participar da pesquisa mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Apêndice 1.

Como critério de exclusão, foram definidos:

- a) Ser preceptor há menos de 6 meses;

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DAS INFORMAÇÕES

Para a coleta das informações foi aplicado um questionário de autoavaliação de preceptor desenvolvido no Curso de Formação Pedagógica para a Prática da Preceptoria (HERDY, 2011), (Anexo-1), autorizado pela autora. Além deste instrumento foram coletadas informações sócio-demográficas de identificação dos participantes da pesquisa por intermédio de uma ficha de identificação (Apêndice-2).

O questionário de autoavaliação utilizado nesta pesquisa foi construído pela 1ª turma do Curso de Formação Pedagógica para a Prática da Preceptoria e aplicado na 2ª turma deste mesmo curso (HERDY, 2011). Este instrumento apresenta sessenta (60) afirmações em uma escala likert dividida em quatro níveis: sempre, quase sempre, as vezes e nunca. Subdividida em cinco (5) eixos, o primeiro com questões de Relacionamento Interpessoal; o segundo com questões de Educação, subdividido em: Atividades Pedagógicas, Produção Científica e Conhecimento; o terceiro com questões de Avaliação, o quarto com questões de Gestão, subdividido em: Pessoas, Tempo e Programa; e o quinto em questões Transversais envolvendo: Motivação, Ética, Imprevistos e Reconhecimento.

O instrumento utilizado foi aplicado presencialmente e através do "Formulários Google", ambiente livre escolhido para realizar a pesquisa *on line*.

O questionário foi validado estatisticamente.

4.5.1 VALIDADE

A validade de um instrumento está relacionada à precisão deste em medir o que se propõe a medir (PERROCA & GAIDIZINSKI, 1998). Sendo assim, um instrumento é válido quando sua construção e aplicabilidade permitem a fiel mensuração daquilo que se pretende mensurar.

A validade de constructo consiste em um processo de análise de fator que expressa um ponto de vista sobre um assunto e refere-se à consistência com que o instrumento mede o atributo. Além disso, este modelo é empregado na identificação de grupos de itens relacionados em um instrumento. Este procedimento é utilizado para identificar e agrupar as medidas diferentes de algum atributo e distingui-las, a partir de procedimentos lógicos e empíricos (POLIT; BECK & HUNGLER, 2004).

Um constructo, ou uma construção, é uma variável, ou conjunto de variáveis, isto é, uma definição operacional robusta que busca representar o verdadeiro significado teórico de um conceito (SAMPIERI, *et al.*, 1996).

Para a Validade de Constructo, utilizou-se a Análise Fatorial, técnica fundamentada na interdependência. (HAIR *et al.*, 2009).

A Análise Fatorial Confirmatória permite testar o quão bem as variáveis medidas representam os constructos. A principal vantagem é que o pesquisador pode testar analiticamente, explicando como diferentes itens medidos descrevem medidas importantes.

4.5.2. CONFIABILIDADE

A confiabilidade de um teste trata do equilíbrio dos resultados e é desejável que eles sejam o mais consistente possível. Segundo Viana (1988) a confiabilidade é uma avaliação do grau de consistência entre múltiplas medidas de uma variável, que indica a extensão em que ele pode ser reproduzido, suas medidas devem ser precisas, consistentes e estáveis.

4.5.3. ANÁLISE FATORIAL

Quando se constrói um questionário é comum utilizar a análise fatorial exploratória seguida da confirmatória. Nos casos em que se traduz ou utilizamos um questionário já aplicado é comum utilizar apenas a análise fatorial confirmatória, pois a estrutura já está determinada.

Ainda assim uma tradução é também uma nova construção do questionário, portanto é bastante válido que se explore como tal. A diferença está na escolha do modelo que se deseja confirmar, pois uma nova análise exploratória pode gerar um modelo diferente do modelo no idioma original (BRYANT *et al.* 1995).

4.5.4 ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA

É feita com dimensões pré-estabelecidas, tanto as quantidades de dimensões quanto os itens que as compõe, algumas vezes estas dimensões são determinadas pela análise fatorial exploratória outras vezes são impostas pelo próprio estudo.

4.5.4 AVALIAÇÃO DAS ESTATÍSTICAS DE AJUSTE

Ao executar a Análise Fatorial Confirmatória, muitas estatísticas de ajuste diferentes são usadas para ajudar a determinar se o modelo proporciona ajuste adequado para os dados. O teste do qui-quadrado indica a quantidade de diferença entre as matrizes de covariância observada e esperada. Um valor do qui-quadrado perto de zero e um p-valor do qui-quadrado maior que 0,05 indicam que há pouca diferença entre as matrizes de covariância observados e esperados, o que é um indicador do bom ajuste. No entanto, o teste do qui-quadrado é amplamente reconhecido como problemático, pois é muito sensível ao tamanho da amostra (JÖRESKOG, 1969). Por conseguinte, é muitas vezes preferido avaliar a adequação do modelo com base em outras estatísticas de ajuste.

A raiz quadrada média do erro de aproximação está relacionada com os resíduos do modelo. Valores da raiz quadrada média do erro de aproximação variam de zero a um, com um valor menor desta raiz quadrada indicando melhor ajuste do modelo. Um modelo de bom ajuste é normalmente indicado por um valor de raiz quadrada 0,06 ou menos (HU & BENTLER, 1999), mas um valor de 0,08 ou menos é geralmente considerada aceitável (BROWNE & CUDECK, 1993). Algumas outras referências ainda falam em outros valores adequados de RMSEA, como Hair *et al.* (2010) que aceitam o valor da raiz quadrada moderado como sendo entre 0,05 e 0,1. Consideraremos raiz quadrada $< 0,1$ como aceitável.

O Índice de ajuste comparativo é um índice de ajuste incremental, que avalia a melhoria global de um modelo proposto mais de um modelo de independência, onde as variáveis observadas não estão correlacionadas (BYRNE, 2006). Os valores do índice de ajuste comparativo variam de zero a um, com um valor maior indicando melhor ajuste do modelo. Um modelo aceitável é indicado por um valor de índice de ajuste comparativo de 0,90 ou mais (HU & BENTLER, 1999).

A raiz quadrada média do erro de aproximação, índice de ajuste comparativo, índice de ajuste normalizado e índice não de ajuste não normalizado são quatro bons índices para verificar se um modelo é adequado. Se as estatísticas de ajuste são aceitáveis, as estimativas dos parâmetros podem então ser analisada. A estatística Goodness-of-Fit foi criada por Jöreskog e Sörbom como uma alternativa para o teste do qui-quadrado, relacionado a este está o Índice ajustado de qualidade de ajuste (AGFI) que ajusta a GFI baseada em graus de liberdade. Estas estatísticas variam de 0 a 1, e quanto maior o valor mais adequado se considera o ajuste, o ponto de corte é estabelecido em 0.9 (TABACHNICK E FIDELL, 2007).

A proporção de cada estimativa do parâmetro para o seu erro padrão é distribuído como uma estatística t e é significativo ao nível de 0,05, se o valor for superior a 1,96 e, ao nível de 0,01, se o valor for superior a 2,56 (HOYLE, 1995). Uma vez que os conjuntos de dados utilizados para CFA são tipicamente grandes e a distribuição t pela distribuição z para amostras grandes, os valores críticos da distribuição z (1,96 e 2,56) pode ser usado.

Para um modelo de bom ajuste, a maioria ou todas as estimativas dos parâmetros deve ser significativo. Se um parâmetro estimado não for significativo, deve-se considerar eliminar o item do modelo. Além disso, as correlações entre os fatores devem ser verificadas para ver como os fatores se relacionam entre si. Se as correlações são suficientemente altas, a consolidação dos fatores correspondentes para um único fator deve ser considerada.

4.6 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

O programa estatístico R foi utilizado em todas as análises, ele é um software livre e de código aberto (R Core Team 2017). Os resultados estão apresentados em tabelas.

Salvo para as observações espontâneas onde utilizamos a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Com o objetivo de atender às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em 24 de outubro de 2015, sob o número 1.294.612.

A coleta das informações junto aos preceptores por intermédio do questionário foi precedida da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice - 1).

As informações geradas por este estudo são de propriedade do pesquisador e serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa.

Os resultados deste estudo servem para apresentação em dissertação de mestrado, assim como divulgados em artigos, congressos, simpósios, reuniões científicas, conferências, mesas redondas e demais atividades de ensino e pesquisa.

Assume-se o compromisso de divulgação pública dos resultados, sejam favoráveis ou não.

Os princípios de *autonomia*, *beneficência* e *não-maleficência* foram considerados em todas as etapas desta pesquisa. A identidade dos participantes da

pesquisa foi mantida em sigilo, em todas as etapas desta pesquisa e também será no processo de divulgação dos dados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente o município conta com seis programas de Residência Multiprofissional, nas seguintes áreas de concentração: Saúde do Idoso, Saúde da Família, Enfermagem Obstétrica, Enfermagem em Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, Cancerologia em Área da Saúde, Cancerologia em Área Profissional de Saúde. Nas áreas profissionais de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social, Terapia Ocupacional, Serviço Social e Biomedicina.

Apresentaremos (item 5.1) dados referentes aos preceptores, como: idade, gênero, formação, titulação experiência na docência, tempo na preceptoria e tempo de formação. Dados estes coletados por intermédio da ficha de identificação dos preceptores (Apêndice 2). E a seguir apresentaremos as informações coletadas por meio dos questionários (itens 5.2 a 5.7).

5.1 PERFIL DOS PRECEPTORES

Para caracterizar o grupo de preceptores, os dados foram tratados, com vistas a construir o perfil de cada profissional. Os dados foram coletados por meio do preenchimento de uma ficha de identificação (Apêndice-2), composta de aspectos sociodemográficos.

De uma população de 127 preceptores, foram obtidas 72 respostas, perfazendo aproximadamente 56% da população.

As tabelas a seguir apresentam as informações relativas às características demográficas, titulação e tempo de exercício profissional dos preceptores, nos seguintes cenários de prática: Hospitais, Ambulatórios, Unidades Básicas de Saúde e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Neste estudo, observou-se que a maioria, 62,5% dos preceptores encontram-se na faixa etária entre 31 e 50 anos, sugerimos ser também a de maior experiência profissional (Tabela 1).

TABELA 1- DISTRIBUIÇÃO DOS PRECEPTORES SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA

IDADE	N	%
20 a 30 anos	8	11,1
31 a 40 anos	21	29,2
41 a 50 anos	24	33,3
51 anos ou mais	19	26,4
TOTAL	72	100

FONTE: O AUTOR (2017).

Dos 72 preceptores, 84,7% são do gênero feminino.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS PRECEPTORES POR GÊNERO

GÊNERO	N	%
Feminino	61	84,7
Masculino	11	15,3
TOTAL	72	100

FONTE: O AUTOR (2017).

Os últimos dados censitários do Brasil relativo à força de trabalho em saúde, mostra que do total de 709.267 profissionais com escolaridade universitária, 61,7% são mulheres. Entre os médicos, elas representam 35,9%; entre os dentistas, 50,9%; entre os enfermeiros, 90,4%; e entre os nutricionistas, 95,3%. O processo de feminização pode ser visualizado mesmo nas profissões historicamente masculinas, notadamente entre os médicos, cirurgiões dentistas e veterinários, onde é possível perceber um aumento da participação feminina nas faixas etárias mais jovens (Wermelinger et al, 2010) (Tabela 2).

A respeito da categoria profissional dos preceptores verificou-se que de um total de dez as quatro com maior representação são: 29,2 % de Farmacêuticos, 16,7% Psicólogos, 16,7% Nutricionistas, 15,3% Enfermeiros. Outras seis áreas totalizam 22,3% e são Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Odontologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Tabela 3).

É importante considerar que não são ofertadas o mesmo número de vagas por categoria profissional nos programas pesquisados. Alguns possibilitam mais de um cenário de prática, como na área de farmácia - bioquímica e hospitalar, ou ainda atenção primária e terciária, aumentando assim o número de preceptores por área de formação.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS PRECEPTORES POR CATEGORIA PROFISSIONAL

ÁREA DE FORMAÇÃO	N	%
1. Farmácia	21	29,2
2. Nutrição	12	16,7
3. Psicologia	12	16,7
4. Enfermagem	11	15,1
5. Odontologia	5	6,9
6. Fisioterapia	4	5,6
7. Medicina	2	2,8
8. Serviço Social	2	2,8
9. Terapia Ocupacional	2	2,8
10. Fonoaudiologia	1	1,4
TOTAL	72	100

FONTE: O AUTOR (2017).

Dos 72 preceptores, 71 são pós-graduados, sendo 45,1% Especialistas, 35,2% Mestres e 19,7% Doutores (Tabela - 4). De acordo com Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, a titulação mínima para o preceptor é de Mestre. Desta forma, se faz necessário um maior investimento na formação dos preceptores considerando a exigência na formação.

As instituições de ensino são as que mais empregam profissionais com mestrado e doutorado no Brasil. De acordo com o Censo Demográfico de 2010, 32,3% dos mestres e 47,78% dos doutores trabalham no ramo da educação, seja pública ou privada.

No entanto, outro levantamento do CGEE mostra que outros setores têm se interessado por profissionais com pós-graduação *stricto sensu*: são eles saúde, humanas e serviços sociais, seguidos pelos setores de administração pública, defesa e seguridade social. O estudo mostra ainda que até 2010, havia no país 566.027 pessoas com títulos de mestrado e 218.721 com títulos de doutorado. Dentre os mestres, 50%

tinham carteira assinada e 20% eram funcionários públicos. Quanto aos doutores, 43% tinham carteira assinada e 31% eram funcionários públicos.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO POR TITULAÇÃO

PÓS GRADUAÇÃO	N	%
Especialização	32	45,1
Mestrado	25	35,2
Doutorado	14	19,7
TOTAL	71	100

FONTE: O AUTOR (2017).

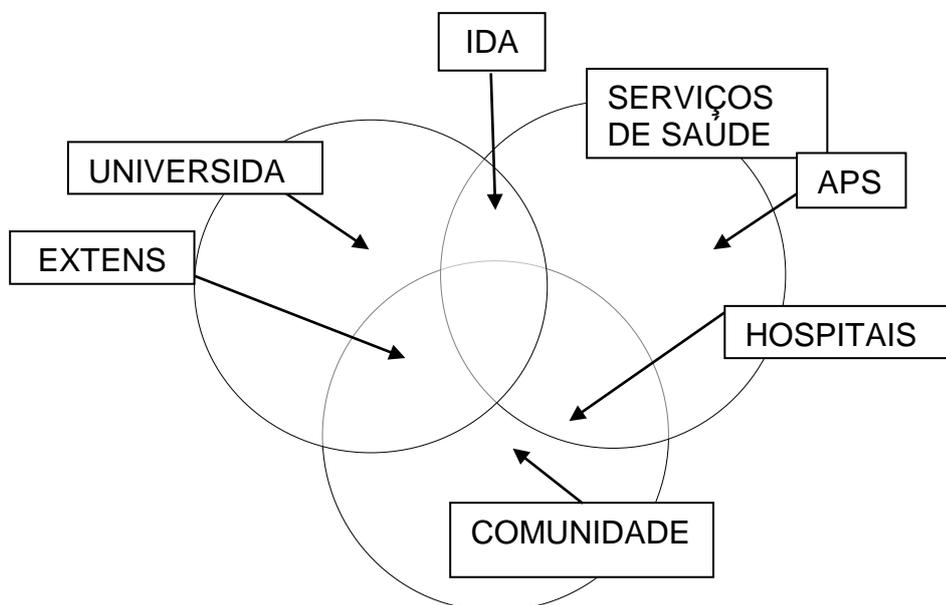
Quanto a experiência na docência 50% dos preceptores, informaram não tê-la (Tabela 5), o que demonstra um distanciamento desses profissionais em relação a instituição de ensino (IES).

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO POR EXPERIÊNCIA NA DOCÊNCIA

EXPERIÊNCIA NA DOCÊNCIA	N	%
Não	36	50
Sim	36	50
TOTAL	72	100

FONTE: O AUTOR (2017).

Para Albuquerque e colaboradores (2008) a integração ensino-serviço se baseia na relação de parceria entre a universidade, os serviços locais de saúde e a comunidade. É com base nessas relações que devem estar fundados os processos de transformação da educação dos profissionais e dos sistemas de saúde, posto que os atores pertencentes a esses cenários estabeleçam entre si relações bilaterais, expressas pela Integração Docente-Assistencial - IDA e pela Atenção Primária à Saúde - APS e pelos programas de extensão. (Figura 2)

FIGURA 2 - REPRESENTAÇÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

FONTE: O AUTOR (2017)

Quanto ao tempo de formação o menor foi de 3 anos e quanto ao tempo na preceptoria o menor foi de 1 ano. (Tabela 6) É importante considerar que os serviços de saúde que participaram deste estudo consistiram em instituições públicas e privadas. Nas públicas o vínculo empregatício decorre de seleção pública, o que justifica uma maior estabilidade do profissional nos serviços e um maior tempo de experiência na preceptoria.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO POR TEMPO DE FORMAÇÃO E PRECEPTORIA

TEMPO	N	MIN	MAX
Tempo de formação	72	3	40
Tempo na preceptoria	72	1	16

FONTE: O AUTOR (2017).

5.2. RELACIONAMENTO INTERPESSOAL DOS PRECEPTORES

As tabelas a seguir apresentam as informações para as afirmações. As respostas estão representadas em uma escala likert dividida em "sempre", "quase sempre", "as vezes", "nunca".

Constatamos que sobre o eixo "Relacionamento Interpessoal", em nove das onze afirmações, houve um percentual acima de 80% para "sempre" o que nos indica que a maioria dos preceptores não apresentam dificuldades no relacionamento interpessoal (Tabela 7).

No entanto, nos chama a atenção quando próximo de 4% assinalam "às vezes" nas afirmações: "Facilito o relacionamento interpessoal entre residentes e desses com a equipe de saúde e pacientes/familiares", "Atuo como mediador entre o residente e a coordenação do programa com ética e compromisso", "Discuto com a equipe as possibilidades de acompanhamento das atividades de ensino e aprendizagem".

O relacionamento interpessoal é um fator decisivo para o desenvolvimento da aprendizagem e do cuidado. Principalmente, quando o serviço recebe profissionais com motivações diferentes, possibilitando que as relações profissionais se tornem mais intensas e conflituosas. Para Wagner (2009) faz-se necessário compreender que, em um ambiente em que a interação com a equipe é diária, haja um equilíbrio harmonioso entre esses sujeitos. Uma vez que esses relacionamentos influenciam no cotidiano e podem dificultar o desenvolvimento e a realização das atividades na equipe.

TABELA 7: RELACIONAMENTO INTERPESSOAL DOS PRECEPTORES

RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	SEMPRE		QUASE SEMPRE		ÀS VEZES		NUNCA	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Me comunico de forma clara e respeitosa com residentes, pacientes/familiares e equipe.	67	(93,1)	5	(6,9)	0	(0)	0	(0)
2. Facilito o relacionamento interpessoal entre residentes e desses com a equipe de saúde e pacientes/familiares.	59	(81,9)	10	(13,9)	3	(4,2)	0	(0)
3. Atuo como mediador entre o residente e a coordenação do programa com ética e compromisso.	60	(83,3)	9	(12,5)	3	(4,2)	0	(0)
4. Percebo que os residentes se sentem à vontade para tirar dúvidas e fazer perguntas.	46	(63,9)	25	(34,7)	1	(1,4)	0	(0)
5. Mantenho um diálogo respeitoso.	72	(100)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
6. Ofereço suporte ao residente durante situações imprevistas.	61	(84,7)	10	(13,9)	1	(1,4)	0	(0)
7. Faço e recebo críticas respeitosamente.	62	(86,1)	10	(13,9)	0	(0)	0	(0)
8. Discuto com a equipe as possibilidades de acompanhamento das atividades de ensino e aprendizagem.	46	(63,9)	22	(30,6)	4	(5,6)	0	(0)
9. Respeito o espaço e o limite dos outros profissionais.	69	(95,8)	3	(4,2)	0	(0)	0	(0)
10. Respeito o espaço e o limite dos outros preceptores.	69	(95,8)	3	(4,2)	0	(0)	0	(0)
11. Apresento afinidade na área que atuo.	66	(91,7)	6	(8,3)	0	(0)	0	(0)

FONTE: O AUTOR (2017).

O relacionamento interpessoal pode influenciar positivamente o cotidiano de trabalho da equipe, seja através de relações harmoniosas, que propiciem o aprimoramento das pessoas, ou negativamente, por meio de relações desfavoráveis, tensas, dificultando o desenvolvimento e a realização das atividades (BAGGIO, 2013).

O Conselho Sobre a Interação Entre o Meio Acadêmico e a Prática de saúde Pública, citado por Witt (2005), afirma que a competência da comunicação dos profissionais que atuam em saúde está relacionada à habilidade de ouvir o outro de maneira imparcial, respeitando seus pontos de vista e promovendo a expressão de opiniões e perspectivas variadas. Ainda, Pereira (2003) considera que a comunicação é uma relação social igualitária, dialogal, que produz conhecimento.

Para Peduzzi (2001), o trabalho em equipe multiprofissional é um trabalho grupal em que ocorre uma influência mútua entre os sujeitos por meio da comunicação e da cooperação. Esta integração pressupõe um “agir comunicativo” técnico e ético.

O relacionamento interpessoal é fundamental no processo de treinamento em serviço, sendo um fator primordial para a manutenção de um bom ambiente de trabalho. O profissional deve saber ouvir, ser agregador, resolutivo, flexível e técnico para ser parte efetiva de uma equipe. Dificuldades no relacionamento interpessoal entre os membros da equipe e familiares ou pacientes podem interferir na atuação da equipe, na qualidade de atendimento prestado e, além disso, no processo de ensino e aprendizagem dos profissionais em treinamento. É preciso estimular as boas relações para facilitar o aprendizado, evitar situações estressantes em busca de equilíbrio e evitar permitir atitudes vaidosas e arrogantes (LEITE; VILA, 2005).

5.3 EDUCAÇÃO

Este eixo está subdividido em três dimensões: atividades pedagógicas, produção científica e conhecimento.

5.3.1 Atividades Pedagógicas

Com relação às atividades pedagógicas 80% dos preceptores assinalaram "sempre" e "quase sempre" em todos os itens ressaltamos os percentuais para as questões: (1) "Permito-me ser observado na prática profissional atuando como modelo para os residentes", 7% assinalaram “às vezes” e “nunca”; (2) "Atuo como educador no contato com residentes de qualquer especialidade preceptores, profissionais e pacientes", 8,3% assinalaram "às vezes", (7) Oriento sobre as normas institucionais, 1,4% assinalaram "às vezes";(8) "Supervisiono o residente conforme estabelecido no programa", 4,2% assinalaram "as vezes". (9) Cito exemplos de fatos ocorridos no cenário de prática, 2,8% assinalaram "às vezes"; (10) "Promovo atividades teórico práticas após o levantamento das necessidades" 16,7% assinalaram "as vezes" (Tabela 8).

De acordo com as respostas apresentadas no parágrafo anterior é possível refletir sobre a formação pedagógica do preceptor. Os elementos básicos da ação docente estão relacionados ao ensinar, ao aprender e ao apreender e estes envolvem os métodos e estratégias de ensino- aprendizagem. As aproximações didático pedagógicas devem ser acessíveis, planejadas a fim de facilitar a aquisição do conhecimento. No entanto, algumas questões observadas provocam uma reflexão sobre a ação vivenciada, necessitando maior atenção e orientação para os preceptores.

TABELA 8: ATIVIDADES PEDAGÓGICAS - EDUCAÇÃO

EDUCAÇÃO	SEMPRE		QUASE SEMPRE		ÀS VEZES		NUNCA	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1. Permito ser observado na prática profissional atuando como modelo para os residentes.	53	(73,6)	14	(19,4)	2	(2,8)	3	(4,2)
2. Atuo como educador no contato com residentes (de qualquer especialidade), preceptores, profissionais e pacientes.	45	(62,5)	21	(29,2)	6	(8,3)	0	(0)
3. Reconheço o que não sei, aceito críticas e sou ativo ao lidar com as dificuldades.	54	(75)	18	(25)	0	(0)	0	(0)
4. Incentivo a autonomia dos residentes.	66	(91,7)	6	(8,3)	0	(0)	0	(0)
5. Respeito o grau de maturidade profissional de cada residente.	61	(84,7)	11	(15,3)	0	(0)	0	(0)
6. Oriento os residentes para a integralidade do cuidado.	62	(86,1)	10	(13,9)	0	(0)	0	(0)
7. Oriento sobre as normas institucionais.	58	(80,6)	13	(18,1)	1	(1,4)	0	(0)
8. Supervisiono o residente conforme estabelecido no programa.	52	(72,2)	17	(23,6)	3	(4,2)	0	(0)
9. Cito exemplos de fatos ocorridos no cenário de prática.	55	(76,4)	15	(20,8)	2	(2,8)	0	(0)
10. Promovo atividades teórico-práticas após o levantamento das necessidades.	35	(48,6)	25	(34,7)	12	(16,7)	0	(0)

FONTE: O AUTOR (2017).

Considerando a importância da figura do preceptor como educador é importante reforçar o seu papel que segundo Ryan-Nicholls (2004), usa o termo para nomear o professor que ensina a um grupo pequeno dando ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para tal prática.

Segundo Morin (2001), uma educação só pode ser viável se for uma educação integral do ser humano. Uma educação que se dirige à totalidade do ser humano e não apenas a um de seus componentes.

O preceptor atua como mediador entre a teoria e a prática. Para isto, deve estar preparado e estimular o pensamento crítico é uma das estratégias para que o professor possa desenvolver o ensino sobre ação/reflexão/ação. Sem pensamento crítico, permanece impossível ensinar, educar, aprender e apreender o processo de cuidar. Por outro lado, com pensamento crítico, torna-se possível, muitas vezes, repensar este ensino e procurar modificá-lo (SANTOS, 2006).

A integralidade consiste em uma lógica entre a articulação da prevenção e a assistência, de forma que haja atenção ampliada às necessidades de saúde (MATTOS, 2005). Ela parece abstrata, complexa e de difícil alcance entre os envolvidos no processo: comunidade, profissionais e gestores da saúde. Para isso, é preciso que haja parcerias na dinâmica dos serviços de saúde, sendo preciso exercitar o trabalho de equipe a partir da formação profissional, para que seja possível a realização de uma prática que contemple o cuidado integral (MACHADO *et al.*, 2007).

Assim, para que a educação permanente aconteça, é necessário um reconhecimento da sua importância e necessidade por parte dos profissionais envolvidos diretamente nas ações, como também por parte das instituições formadoras e mantenedoras dos serviços de saúde. (LOCH-NECKEL, *et al.* 2009).

Para tanto, o profissional deve alicerçar-se em programas de educação, como educação permanente, reciclagem, capacitação, aperfeiçoamento, treinamento e motivação (CECCIM; ARMANI; ROCHER, 2002,p.373). Desta forma, se faz necessário um maior diálogo entre a Instituição e os cenários de prática, objetivando a criação de um modelo de formação pedagógica para a residência multiprofissional. Assim como uma maior atenção à formação pedagógica nos cursos de graduação.

Quanto ao amparo legal para o processo de formação de docentes universitários, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) - Lei 9394/96 - no artigo 66 diz: A preparação para o exercício do magistério superior far-se-á em nível de pós-graduação, prioritariamente em programas de mestrado e doutorado.

Ressaltamos que a pós-graduação *stricto sensu* é considerada como marco importantíssimo no preparo de pesquisadores de alto nível e formação de docentes qualificados para o ensino superior. No entanto, segundo Pachane e Pereira (2004),

Pimenta e Anastasiou (2002), existem poucas evidências de que o segundo objetivo efetivamente aconteça.

Assim, se faz necessário viabilizar a formação pedagógica do professor universitário, uma vez que a qualificação docente é vital para a manutenção da qualidade de ensino.

5.3.2 Produção Científica

Nesta dimensão, observamos que 72,2% assinalaram "sempre" e quase sempre", no que se refere a afirmação (1) "Oriente o residente na construção das apresentações para a sessão clínica". E 79,1% assinalaram "sempre" e "quase sempre, para a afirmativa (2) "Oriente e incentivo a produção do trabalho de conclusão da residência." Resaltamos os percentuais de 27,8% e 20,8% para "às vezes" e "nunca" respectivamente para as afirmações acima. São percentuais significativos, justificando a importância da educação permanente, reforçando o papel do preceptor enquanto educador dando ferramentas para que estas questões sejam trabalhadas com autonomia e segurança (Tabela 9).

TABELA 9: ATIVIDADES PEDAGÓGICAS - PRODUÇÃO CIENTÍFICA.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA	SEMPRE		QUASE SEMPRE		ÀS VEZES		NUNCA	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1. Oriente o residente na construção das apresentações para a sessão clínica.	33	(45,8)	19	(26,4)	17	(23,6)	3	(4,2)
2. Oriente e incentivo a produção do trabalho de conclusão da residência.	42	(58,3)	15	(20,8)	10	(13,9)	5	(6,9)

FONTE: O AUTOR (2017).

O preceptor deve perceber o cenário de prática como território de oportunidades de aprendizagem, criando estratégia para a apreensão do conhecimento. Uma vez que as situações de aprendizagem são as próprias realidades encontradas pelos residentes (REIBNITZ K S, PRADO, 2006).

Quanto as orientações fica claro na Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. artigo 14, 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. Considerando o percentual apresentado para a titulação, que corresponde a 45,1% acreditamos que esta resposta venha demonstrar a dificuldade que os serviços encontram referente a titulação exigida pelo Ministério da Educação. Ou ainda a necessidade de maior orientação para os preceptores, nos programas de educação permanente, tendo como foco o princípio pedagógico da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

5.3.3. Conhecimento

Para a afirmação, "Considero meu conhecimento na área que atuo suficiente para facilitar o processo ensino aprendizagem dos residentes adequadamente", 90,2% dos preceptores assinalaram "sempre" e "quase sempre" (Tabela 10).

As mudanças no perfil profissional e nas formas de educar no Brasil acabaram por aproximar a teoria da prática. Para Koerich e Erdmann (2003) a formação profissional se move do "aprender a fazer" para o "aprender a aprender", mas para que isso aconteça é necessário uma aproximação entre o serviço e ensino afim de estabelecer uma relação dialética de ensino aprendizagem para a prática e vice-versa.

TABELA 10: ATIVIDADES PEDAGÓGICAS - CONHECIMENTO

CONHECIMENTO	SEMPRE		QUASE SEMPRE		ÀS VEZES		NUNCA	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1. Considero meu conhecimento, na área que atuo suficiente para facilitar o processo ensino-aprendizagem dos residentes adequadamente.	32	(44,4)	33	(45,8)	7	(9,7)	0	(0)

FONTE: O AUTOR (2017).

Assim a ideia de que, quem sabe fazer, automaticamente pode ensinar, produz uma crença, de que a docência no ensino superior supõe, apenas, o domínio de conteúdos que abrangem uma profissão, sem a exigência do conhecimento pedagógico.

Ao preceptor compete o acompanhamento direto do residente, transformando seu cotidiano de trabalho em um cenário rico em experiências de aprendizagem. O que requer, do preceptor, a capacidade de mediar o processo de ensinar-aprender no trabalho, problematizar a realidade e instigar, no residente, um processo de ação-reflexão-ação para reconstrução da prática diária. Para Martins (2005) concretiza-se um currículo oculto, que consiste na aquisição de conhecimentos, habilidades e principalmente atitudes não dispostos nos projetos pedagógicos, mas observados no dia a dia da prática do preceptor.

Essas observações reforçam a necessidade e a importância do processo de formação para o preceptor através da parceria ensino-serviço, possibilitando que 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 (MONTEIRO *et al*, 2011).

5.4 ATIVIDADES DE AVALIAÇÃO

Este item contempla a avaliação do residente e a avaliação do programa de residência. Quanto a avaliação do residente a resposta abaixo nos chamou a atenção: (1) "Percebo que o residente entende claramente as minhas sinalizações durante a devolutiva *feedback*". Quanto a avaliação do programa duas questões são relevantes, (2) "Avalio as condições institucionais para o desenvolvimento da preceptoria e Compreendo plenamente os eixos e critérios das avaliações do programa" (Tabela 11).

Para a primeira 93,1% assinalaram "sempre" e "quase sempre", um número significativo, o que sinaliza o uso correto desta ferramenta. Entende-se que o *feedback* é um ato de comunicação.

Sem a comunicação cada pessoa seria um mundo fechado em si mesmo, já que é por meio dela que as pessoas compartilham experiências, ideias e sentimentos. Ao se relacionarem como seres interdependentes, influenciam-se mutuamente e, juntas, modificam a realidade onde estão inseridas. (BORDENAVE, 1982, p.36).

Para McGown (1991), *feedback* é a informação que se obtém após uma resposta, e é geralmente vista como a mais importante variável que determina a aprendizagem, logo a seguir à prática propriamente dita. Segundo Godinho, Mendes e Barreiros (1995) *feedback* " é a expressão genérica que identifica o mecanismo de retro-alimentação de qualquer sistema processador de informação". É o retorno de informação que permite ao sistema avaliar o quanto foi cumprido os objetivos, é uma condição obrigatória para ocorrer aprendizagem. Sem essa informação de retorno o sistema comporta-se como se estivesse cego, ou seja, não existe uma auto-avaliação e as respostas defasadas, continuarão ocorrendo, tanto em termos espaciais como temporais.

No entanto, sugerimos uma maior discussão sobre esta ferramenta, considerado que ainda temos 6,9% de preceptores assinalando "às vezes" para a mesma afirmação, o sucesso do *feedback* na avaliação depende do alinhamento das expectativas entre discente e docente. Uma forma para tornar a avaliação mais formativa é saber captar as reações dos alunos, suas questões sobre o sentido e o alcance do que foi dito pelo avaliador, seus pedidos de explicação sobre as apreciações e as notas. (BARLOW *apud* HADJI, 2001, p.110).

TABELA 11: AVALIAÇÃO DO RESIDENTE

AVALIAÇÃO DO RESIDENTE	SEMPRE		QUASE SEMPRE		ÀS VEZES		NUNCA	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1. Avalio de forma contínua e individualizada a atuação dos residentes, dando retorno sobre as qualidades e aspectos que requerem maior atenção.	41	(56,9)	26	(36,1)	5	(6,9)	0	(0)
2. Realizo a devolutiva individualmente com cada residente em ambiente reservado.	49	(68,1)	16	(22,2)	6	(8,3)	1	(1,4)
3. Ressalto as potencialidades do residente.	54	(75)	15	(20,8)	3	(4,2)	0	(0)
4. Sinalizo as fragilidades do residente com possíveis soluções e procuro por parcerias para resolvê-las.	47	(65,3)	22	(30,6)	3	(4,2)	0	(0)
5. Identifico e avalio as potencialidades e deficiências técnico cognitivas do residente.	39	(54,2)	27	(37,5)	5	(6,9)	1	(1,4)
6. Observo o desenvolvimento das potencialidades do residente.	61	(84,7)	9	(12,5)	2	(2,8)	0	(0)
7. Percebo que o residente entende claramente as minhas sinalizações durante a devolutiva. (feedback).	19	(26,4)	48	(66,7)	5	(6,9)	0	(0)

FONTE: O AUTOR (2017).

A avaliação na Residência Multiprofissional deve compreender a formação em sua teoria e na prática. Portanto, a avaliação é orientada pelo princípio da integralidade, o que é essencial quando se trata da formação de quem atua na saúde. A avaliação precisa se refletir num instrumento de auxílio que não se restrinja somente a aspectos quantitativos (BRASIL, 2009d).

TABELA 12: AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA	SEMPRE		QUASE SEMPRE		ÀS VEZES		NUNCA	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1. Compreendo plenamente os eixos e critérios das avaliações do programa.	36	(50)	27	(37,5)	9	(12,5)	0	(0)
2. Avalio continuamente o programa oferecido.	27	(37,5)	27	(37,5)	16	(22,2)	2	(2,8)
3. Avalio as condições institucionais para o desenvolvimento da preceptoria.	39	(54,2)	23	(31,9)	9	(12,5)	1	(1,4)
4. Realizo a autoavaliação periodicamente nos prazos determinados.	33	(45,8)	26	(36,1)	9	(12,5)	4	(5,6)
5. Utilizo a avaliação como ferramenta para melhoria da formação e da qualidade do programa.	36	(50)	27	(37,5)	7	(9,7)	2	(2,8)

FONTE: O AUTOR (2017).

No que diz respeito a avaliação do programa, (1) "Compreendo plenamente os eixos e critérios das avaliações do programa" e (3) "Avalio as condições institucionais para o desenvolvimento da preceptoria, 87,5% assinalaram "sempre" e "quase sempre" e 86,1% assinalaram "sempre" e "quase sempre" respectivamente. No entanto os percentuais de 12,5% e 13,9% para "às vezes" e "nunca"(Tabela 12) na mesma sequência para as duas questões, nos remete a uma reflexão referente a necessidade de uma sistematização de encontros, com todos os atores envolvidos no programa para discutir o Projeto Pedagógico sua construção e importância, assim com as diversas formas de avaliação e processos, possibilitando assim que todas as etapas sejam revistas com o envolvimento e comprometimento de os atores, conforme previsto na Resolução do CNRMS Nº 2 de 13.04.2012 em seu artigo 8º, função do Coordenador III - coordenar o processo de auto-avaliação do programa.

5.5 GESTÃO

Este eixo está subdividido em três dimensões: Gestão de Pessoas, Gestão de Tempo e Gestão de Programa.

5.5.1. Gestão de Pessoas

O preceptor ao mesmo tempo em que presta assistência aos usuários do serviço, precisa estar atento às oportunidades educativas que a assistência oferece o que possibilita um adiamento das atividades específicas acarretando sobrecarga de trabalho.

Nas primeiras afirmações da tabela, os dados mostram que os preceptores estão conseguindo se envolver nos processos, como reuniões para discussões e planejamento, mas é importante considerar que, para as primeiras cinco questões tivemos mais de 15% dos preceptores assinalando "às vezes" e "nunca" o que dificulta a contribuição para um processo de ensino-aprendizagem condizente com os objetivos propostos pelo Programa de Residência. Isto pode estar acontecendo devido à sobrecarga de trabalho, o que não permite uma participação mais efetiva na construção e discussão do Projeto Pedagógico, organização do trabalho (Tabela 13).

Também, é importante ressaltar que há necessidade de uma força de trabalho em quantidade suficiente e que possua habilidades para fazer e ensinar, de forma a garantir um ambiente institucional capaz de fortalecer e de sustentar práticas de boa qualidade. Desta forma, a contrapartida institucional se faz necessária e urgente. É fundamental que os serviços entendam a função do preceptor e possibilitem a contratualização das atividades nos diversos cenários (tempo para treinamento, planejamento, discussão, realização de trabalhos) além de oferecer oportunidades de acesso a cursos de formação para os profissionais de acordo com as especificidades dos Programas de Residência.

TABELA 13: GESTÃO - PESSOAS.

PRECEPTORES	SEMPRE		QUASE SEMPRE		ÀS VEZES		NUNCA	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1. Participo das reuniões entre coordenação e preceptoria.	33	(45,8)	18	(25)	15	(20,8)	6	(8,3)
2. Encontro condições institucionais para o desenvolvimento da preceptoria.	33	(45,8)	18	(25)	16	(22,2)	5	(6,9)
3. Planejo as atividades para receber os residentes.	21	(29,2)	38	(52,8)	12	(16,7)	1	(1,4)
4. Atuo de forma compartilhada com a gerência da unidade (campo de prática do residente) e especialidades, visando à qualificação do ensino e da assistência, de forma alinhada com as diretrizes institucionais.	36	(50)	24	(33,3)	11	(15,3)	1	(1,4)
5. Incentivo a integração multiprofissional e a intersectorialidade.	42	(58,3)	19	(26,4)	10	(13,9)	1	(1,4)
6. Facilito e fortaleço o debate democrático e reflexivo.	51	(70,8)	17	(23,6)	4	(5,6)	0	(0)
7. Estimulo a produção de trabalhos científicos da área, como a divulgação e participação em congressos.	45	(62,5)	22	(30,6)	5	(6,9)	0	(0)
8. Estimulo a produção de conhecimento/científica.	42	(58,3)	24	(33,3)	5	(6,9)	1	(1,4)

FONTE: O AUTOR (2017).

5.5.2 Gestão do Tempo

Para a afirmação, (1) "Tenho compromisso com a carga horária de trabalho estabelecida pela instituição estando acessível para as necessidades de ensino aprendizagem dos residentes durante todo o período". Observamos que 91,6% dos preceptores assinalaram, "sempre" e "quase sempre". Na afirmação seguinte (2) "Consigo conciliar a atenção aos pacientes e a supervisão dos residentes", 84,7% assinalaram "sempre" e "quase sempre". Mas nos chamou atenção para a afirmação (3) "Limito as tarefas, não aceitando mais do que posso executar", onde 36,1% assinalaram "às vezes" e "nunca" (Tabela 14).

TABELA 14: GESTÃO - TEMPO

TEMPO	SEMPRE		QUASE SEMPRE		ÀS VEZES		NUNCA	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1. Tenho compromisso com a carga horária de trabalho estabelecida pela instituição estando acessível para as necessidades de ensino-aprendizagem dos residentes durante todo o período.	42	(58,3)	24	(33,3)	5	(6,9)	1	(1,4)
2. Consigo conciliar a atenção aos pacientes e a supervisão dos residentes.	20	(27,8)	41	(56,9)	9	(12,5)	2	(2,8)
3. Limito as tarefas, não aceitando mais do que posso executar.	16	(22,2)	30	(41,7)	23	(31,9)	3	(4,2)
4. Cumpro o cronograma da Programação teórica.	41	(56,9)	22	(30,6)	7	(9,7)	2	(2,8)
5. Cumpro os prazos de entrega das avaliações dos residentes.	41	(56,9)	25	(34,7)	5	(6,9)	1	(1,4)

FONTE: O AUTOR (2017).

É importante reforçar que as atividades do preceptor acontecem no seu horário de trabalho, podendo gerar conflitos nos serviços uma vez que existe a possibilidade de gerar atrasos nas atividades diárias. O que nos remete a necessidade de pactuar com o serviço as funções do preceptor, assim como a programação do tempo para as atividades da residência.

Para Jesus (2012) o desconhecimento sobre a preceptoría gera uma urgência entre as IES e os serviços em reconhecer e regulamentar a função do preceptor e propiciar meios para o desenvolvimento das habilidades necessárias ao seu adequado desempenho.

Estudo anterior demonstrou que falhas no planejamento e na comunicação entre ensino e serviços foram impecilhos significativos para o reconhecimento e a valorização do preceptor no que diz respeito a sua contribuição para a formação dos profissionais de saúde (COSTA, 2012).

Dada a complexidade da proposta da residência nas questões que envolvem o ensino e serviço, exige-se que sejam adotadas estratégias eficazes e efetivas para a superação das questões mencionadas através do comprometimento, responsabilização do serviços e dos atores envolvidos direta e indiretamente

Também é imprescindível que o preceptor esteja apto a planejar estratégias capazes de permitir a articulação de conteúdos teóricos com a prática, buscando a ação-reflexão-ação. Segundo Botti e Rego (2008), a principal função do preceptor é ensinar, ou seja, auxiliar o aluno no desenvolvimento da habilidade prática.

5.5.3 Gestão do Programa

Com relação à Gestão dos Programas percebemos que mais de 98,6% dos preceptores assinalaram “sempre” e “quase sempre” para a afirmação, (1) "Tenho afinidade na área que atuo" o que justifica a segurança na sua prática assistencial. No entanto para as afirmações (4) "Elaboro o programa de residência, em conjunto com o coordenador e/ou preceptores, observando as diretrizes da COREMU, do SUS e das DCN.", (5) "Defino atividades diferenciadas para R1 e R2", (6) "Participo ativamente da (re)construção do processo de avaliação." Observamos um percentual significativo de afirmações para "às vezes" e "nunca", 43,15% para a afirmação (4), 26,4% para a afirmação (5) e 33,4% para a afirmação(6) (Tabela 15).

TABELA 15: GESTÃO - PROGRAMAS

PROGRAMA	SEMPRE		QUASE SEMPRE		ÀS VEZES		NUNCA	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1. Tenho afinidade na área que atuo.	63	(87,5)	8	(11,1)	1	(1,4)	0	(0)
2. Tenho criatividade na condução do trabalho.	39	(54,2)	28	(38,9)	5	(6,9)	0	(0)
3. Participo ativamente da elaboração e execução de protocolos na respectiva área.	37	(51,4)	23	(31,9)	12	(16,7)	0	(0)
4. Elaboro o programa de residência, em conjunto com o coordenador e/ou preceptores, observando as diretrizes da COREMU, do SUS e das DCN.	28	(38,9)	13	(18,1)	22	(30,6)	9	(12,5)
5. Defino atividades diferenciadas para R1 e R2.	28	(38,9)	25	(34,7)	11	(15,3)	8	(11,1)
6. Participo ativamente da (re)construção do processo de avaliação.	28	(38,9)	20	(27,8)	13	(18,1)	11	(15,3)

FONTE: O AUTOR (2017).

O que nos faz refletir sobre a importância do envolvimento de todos os atores na construção e discussão do projeto Pedagógico; para um melhor entendimento e melhor organização dos processos de trabalho no serviço e ensino. Desta forma concordamos com Santos (2010) sobre o fato de que o Projeto Pedagógico não se restringe a um conjunto de planos de capacitação tampouco devem ser arquivado depois de encaminhado à aprovação. Deve ser vivenciado em todas as etapas do processo educativo e por todos os atores envolvidos. A proposta pedagógica não é uma questão meramente formal, mas é, essencialmente, uma questão política e ideológica, na qual são confrontados valores, objetivos e concepções sobre educação e sociedade.

5.6 QUESTÕES TRANSVERSAIS

Para as afirmações sobre motivação, função, ética, manejo de situações imprevistas, mais de 75% dos preceptores assinalaram "sempre" e "quase sempre". Mas é necessário uma maior atenção para o percentual restante, onde para a afirmação (1) "Tenho motivação" 16,7% dos preceptores assinalaram "às vezes", (2) "Tenho satisfação profissional na função de preceptor" com 8,3% para "às vezes" e na afirmação (5) " Percebo o reconhecimento do meu trabalho." obtivemos para "às vezes" e "nunca" 25%. Este percentuais remetem a necessidade uma maior atenção na busca de valorização adequada e através do reconhecimento do papel do preceptor na residência, como fundamental no processo ensino-aprendizagem a nível do governo federal, serviço e ensino.

O ensino em serviço, aponta uma série de desafios também, na inserção do residente em um serviço, muitas vezes, com preceptores despreparados para o ensino, profissionais com baixa remuneração, desmotivados, infraestrutura precária, sobrecarga de trabalho, tendo reflexo direto no processo ensino-aprendizagem (Tabela 16).

TABELA 16: QUESTÕES TRANSVERSAIS

TRANSVERSAL	SEMPRE		QUASE SEMPRE		ÀS VEZES		NUNCA	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1. Tenho motivação.	32	(44,4)	28	(38,9)	12	(16,7)	0	(0)
2. Tenho satisfação profissional na função de preceptor.	41	(56,9)	25	(34,7)	6	(8,3)	0	(0)
3. Exerço minhas atividades com ética profissional.	70	(97,2)	2	(2,8)	0	(0)	0	(0)
4. Manejo adequadamente situações imprevisíveis.	48	(66,7)	24	(33,3)	0	(0)	0	(0)
5. Percebo o reconhecimento do meu trabalho.	20	(27,8)	34	(47,2)	15	(20,8)	3	(4,2)

FONTE: O AUTOR (2017).

Desta forma é necessário que seja desenvolvido um planejamento de ações, ensino/serviço, que preceda ao início dos programas através da elaboração de um plano de acolhimento, elaboração de rotinas, treinamentos e avaliações dos processos, onde todas estas questões possam ser trabalhadas.

De acordo com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010), o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, neste sentido se aponta o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política.

O preceptor atua como exemplo de conduta técnica e ética para os residentes. Preservar a relação preceptor e residente constitui um dos temas centrais do aprendizado prático, através de um cuidado construído sobre a ética e os padrões de competência do conhecimento, do saber ser e do saber fazer.

O reconhecimento do exercício da preceptoria como atividade profissional, possibilita que seja destinado uma carga horária específica para essa função e até

mesmo remuneração. O pagamento de bolsa de preceptoria ou uma gratificação é praticado por algumas instituições, demonstrando a viabilidade dessa abordagem. Ainda há a possibilidade da comissão nacional de fixar uma remuneração para preceptores.

A preceptoria constitui uma importante atividade para a formação do futuro profissional, facilitando a sua transição entre aluno de curso de pós-graduação e de sua prática profissional. Portanto, a função do Preceptor deve ser ressaltada e os seus atributos devem ser motivo de discussão e de reflexão no sentido de atender às necessidades e anseios dos Internos e Residentes (SILVA, 2008, p.37).

É importante também que as IES considerem na formação acadêmica a docência e na carreira docente as atividades relacionadas à preceptoria, preenchendo esta lacuna da formação ensino-serviço.

A realização de Educação Permanente para os preceptores é importante para proporcionando discussões e análises dos principais modelos e estratégias de ensino, noções de planejamento, problematização, formas de avaliação, comunicação e uso de tecnologias de informação. Para Faria (2008), a Educação Permanente tem um caráter contínuo, como princípio organizador de todo processo educativo e ressalta a pessoa como centro e sujeito da formação.

O reconhecimento do preceptor deve ser um compromisso compartilhado, pela instituição de ensino e como pela instituição dos serviço. Ambos devem assumir a responsabilidade sobre este profissional, reafirmando seu compromisso com a formação e a saúde da população.

5.7 OBSERVAÇÕES ESPONTÂNEAS

Como o questionário aplicado contem um espaço para observações, foram aqui inseridos os comentários dos 20 preceptores que fizeram registros. Para facilitar a análise dessas informações as mesmas foram agrupadas em unidades de contexto e unidades de registro. (Figura 3)

FIGURA 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE CONTEXTO E DE REGISTRO CONSTRUÍDAS A PARTIR DAS OBSERVAÇÕES

UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO
A. Percepção da Educação Permanente.	1. Formação pedagógica 2. Papel do preceptor
B. A importância da Integração Ensino-Serviço.	1. Sobrecarga de trabalho e tempo para atividades 2. Reconhecimento e valorização do Preceptor 3. Estrutura física e de pessoal 4. Integração Multiprofissional

FONTE: O AUTOR (2017)

As identidades dos preceptores foram omitidas, sendo utilizadas siglas para identificação, P (preceptor) e numeração (1) e assim sucessivamente.

A Unidade de Contexto A e Unidade de Registro 1- "Formação pedagógica" aparecem nas observações:

[...] "A maior parte dos preceptores realizam suas atividades sem uma formação específica para este fim, tudo precisa ser feito por iniciativa pessoal pois as instituições não oferecem oportunidade de formação e nem incentivo para execução destas práticas." [...] (P1)

[...] "creio que o cenário atual deveria favorecer a formação/capacitação de preceptores com cursos frequentes e em horários diversos." [...] (P4)

[...] "Não há um tempo e qualificação, quem realiza o faz, na sua grande maior e na maior parte do tempo, por iniciativa pessoal e com orçamento próprio" [...] (P2)

[...] "aprimorar o desenvolvimento das atividades de campo e a capacitação dos profissionais" [...] (P5)

Ainda para a Unidade de Registro A e Unidade de Contexto 2 - "Papel do Preceptor" registramos a observações:

[...] "Imagino que haja necessidade de qualificar melhor nós preceptores dentro de uma base teórica" [...] (P6)

Para a Unidade de Contexto B, "A importância da Integração Ensino - Serviço" e Unidade de Registro 1 - "Sobrecarga de trabalho e tempo para atividades", apontamos as seguintes observações:

[...] "Existe um acúmulo significativo das atividades de assistência, ensino, preceptoria e gestão" [...](P1)

[...] "É necessária a adequação da carga horária de trabalho para que algumas horas diárias possam ser dedicadas exclusivamente à preceptoria" [...](P3)

[...] "A carga horária para dedicação às atividades de preceptoria nem sempre é compatível com a carga horária e volume de trabalho na Universidade" [...](P7)

[...] "Não há um tempo dedicado para pesquisa" [...](P10)

[...] "Sinto a necessidade de ter determinado um tempo específico para preceptoria, pois o atendimento, ou assistência aos residentes, é diluído na carga horária de trabalho profissional" [...](P17)

[...] "Entendo que a Instituição não fornece condições adequadas para que possamos realizar o trabalho de preceptoria" [...](P15)

[...] "Mesmo considerando a preceptoria como positiva, acarreta atribuições adicionais e por vezes muito desgaste" [...](P16)

Para a Unidade de contexto B, "A importância da Integração Ensino-Serviço" e Unidade de Registro 2 - "Reconhecimento e valorização do Preceptor", apontamos as seguintes observações:

[...] "a valorização profissional torna-se importante não apenas na Instituição de desenvolvimento de atividades, mas principalmente junto ao MEC e MS. Creio que deveríamos dispor de recursos destes órgãos para aprimorar o desenvolvimento das atividades de campo e a capacitação dos profissionais" [...](P9)

[...] "Precisamos de reconhecimento para aperfeiçoar cada vez mais a formação em serviço" [...](P12)

[...] "Todavia, não percebo que institucionalmente e mesmo a nível de organização nacional da residência CNRM - tenhamos de fato valorização de exercício desta função" [...](P18)

Ainda para a Unidade de Contexto B, "A importância da Integração Ensino - serviço" e Unidade de Registro 3 - "Estrutura física e de pessoal", anotamos as observações:

[...] "Somos uma categoria profissional com poucos preceptores no campo"[...] (P2)

[...] "Atualmente ficou mais difícil acompanhar os residentes, pois fui promovida para o setor de supervisão, e meu contato com o residente ficou mais distante"[...] (P3)

[...] "Precisamos de estrutura física para aperfeiçoar cada vez mais a formação em serviço"[...] (P12)

[...] "Anteriormente quando era da assistência , trabalhávamos mais juntos, o residente ficava sob minha supervisão no meu setor de trabalho, conseguia acompanhar melhor suas atividades, duvidas, questionamentos"[...] (P20)

Para a Unidade de Contexto B, "A importância da Integração Ensino-Serviço", Unidade de Registro 4 - "Integração multiprofissional", assinalamos a observação:

[...] "Gostaria de registrar a necessidade de maior integração entre os preceptores de diferentes áreas profissionais"[...] (P19)

5.8 VALIDAÇÃO

A seguir os valores de Alfa de Cronbach para cada eixo. Valores mais próximos de 1 indicam maior validade estatística do eixo, salientamos que também estão representada na tabela abaixo, as subdivisões dos eixos educação e gestão. (Tabela 17)

TABELA 17 - VALOR ALFA DE CRONBACH PARA CADA EIXO DO QUESTIONÁRIO.

EIXOS	Alfa
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	0,698
EDUCAÇÃO - Atividades Pedagógicas	0,686
EDUCAÇÃO - Produção científica	0,695
AVALIAÇÃO	0,780
GESTÃO DE PESSOAS	0,693
GESTÃO DO TEMPO	0,469
GESTÃO DOS PROGRAMAS	0,603
TRANSVERSAL	0,466

FONTE: O AUTOR (2017).

Analisando os valores acima percebemos uma maior fragilidade nos eixos gestão de tempo e transversal, uma vez que seus valores estão abaixo do esperado, permitindo uma reflexão sobre a estrutura destes eixo.

5.8.1 Índices de Qualidade do Modelo

Este indicador se refere a estrutura por completo das questões. Os Indicadores da raiz quadrada média do erro de aproximação (RMSEA) são melhores quando mais próximos de 0, consideramos RMSA maiores que 0,1 como aceitável.

O Índice de ajuste comparativo (CFI) é melhor quando mais próximos de 1, consideramos CFI maiores que 0,90 como aceitável. O Índice de ajuste comparativo é um índice ajuste incremental, que avalia a melhoria global de um modelo proposto, onde as variáveis observadas não estão correlacionadas (BYRNE, 2006) (Tabela 18).

TABELA 18 - INDICADORES DE QUALIDADE DO MODELO ESTRUTURAL (ANÁLISE CONFIRMATÓRIA)

INDICADOR	VALOR
Indicadores da raiz quadrada média do erro de aproximação (RMSA)	0,110
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0,421

FONTE: O AUTOR (2017).

Para este item, observamos que o Indicadores da raiz quadrada média do erro de aproximação (RMSA) foram considerados adequados. No entanto é necessário uma maior atenção Índice de ajuste comparativo (CFI) considerando que o valor apresentado esta distante do aceitável, possibilitando assim uma analise das estrutura das questões dentro dos eixos.

6. CONCLUSÕES

Esta pesquisa possibilitou identificar o perfil sócio-demográfico dos preceptores dos programas de Residência Multiprofissional no Município de Curitiba e também analisar como o preceptor avalia o seu papel, e os programas.

Constatamos que existe um grande empenho, dos preceptores na realização das atividades de acompanhamento dos residentes. Identificamos o predomínio do gênero feminino e que a metade dos preceptores não tem experiência na docência.

A autoavaliação é um dos caminhos para detectar problemas e dificuldades nos processos, busca promover o autoconhecimento apontando caminhos e reflexões sobre sua prática.

Evidenciamos a necessidade de uma maior integração ensino-serviço e ressaltamos que a responsabilidade do sucesso no processo ensino-aprendizagem não é somente do preceptor. Os serviços que recebem este profissional, a Direção, as Coordenações, os Colaboradores devem ser sensibilizados e preparados para reconhecer a importância do residente e do preceptor no serviço, dando a devida atenção no que se refere ao apoio didático-pedagógico institucional em parceria com a IES.

É importante ficar evidenciado que o residente é um profissional e que falamos de programas de residência multiprofissional que permitem o contato dos residentes com todos os envolvidos no serviço, não somente com o preceptor. Para Batista (1998), as mudanças do mundo do trabalho estabelecem novas estruturas para a apropriação do conhecimento, valorizando a prática, a reflexão, a experiência, além da expansão das oportunidades de interlocução.

É evidente que a residência possibilita a qualificação não apenas dos residentes, mas também do serviço que os recebe, incentivando a reflexão sobre a prática. Conforme Barros e Michel (2000), em virtude da dedicação e compromisso dos residentes existe uma contribuição efetiva para as mudanças de comportamento

dos demais profissionais em relação ao trabalho desenvolvido. O que reforça a responsabilidade dos serviços.

As dificuldades dos preceptores referente ao ensino-aprendizagem são relevantes quando falamos de conhecimento didático-pedagógico e dos processos de trabalho. Existe um grande problema, considerando que os preceptores acompanham o residente no seu ambiente de trabalho, atendendo as demandas do serviço e o acolhimento do residente, e em função disto, existe dificuldades na priorização do tempo para planejamento e acompanhamento das ações e suporte pedagógico.

Apesar das dificuldades os preceptores se mostraram bastante dispostos a aprender como objetivo de realizar um bom trabalho na formação dos residentes, pois acreditam que esse tipo de curso é um diferencial na formação. Muitos preceptores não escolheram ser preceptores, nem tiveram contato com os temas da docência no meio acadêmico.

As instituições de ensino e de serviço precisam proporcionar aos preceptores a integração do conhecimento técnico-científico e do didático-pedagógico, sensibilizando os profissionais para trabalhar a interdisciplinaridade com reflexão crítica sobre os processos de trabalho de forma compartilhada através da Educação Permanente. Esta deve acontecer através de um planejamento com a participação dos preceptores envolvendo a discussão do Projeto Pedagógico, o papel do preceptor, a dos processos de trabalho, o trabalho multiprofissional, as metodologias ativas, assim como o planejamento das atividades de ensino.

A formação pedagógica precisa garantir aos preceptores um processo que contribua para uma reflexão metódica e fundamentada no modelo de atenção à saúde. Deve também, proporcionar uma estratégia educativa que favoreça uma perspectiva emancipadora. Destaca-se que ao aperfeiçoar o processo de ensino-aprendizagem, qualificando os preceptores, teremos como resultado um melhor atendimento para a população.

O estudo aponta que, de uma forma geral os preceptores já realizam um bom trabalho, gratificante para alguns, com construção do conhecimento, prezando por relações horizontais e dialógicas, contribuindo assim para a formação em saúde.

Quanto ao instrumento aplicado, os testes permitiram evidenciar que dois eixos precisam de mais atenção nas suas questões, para maior validade estatística, o Eixo Gestão de Tempo e o Eixo Transversal. Já para a qualidade da estrutura são necessários ajustes nestes eixos.

A realização deste estudo possibilitou conhecer o processo ensino-aprendizagem nos programas de Residência Multiprofissional no município de Curitiba, provocou reflexões acerca da atuação no contexto dos cenários de prática da Residência. Forneceu subsídios para gerar maior aproximação e discussão com as Instituições de ensino e serviço, além de possibilitar subsídios para a elaboração de um programa de educação permanente para preceptores. O que permitirá melhorar o processo de ensino-aprendizagem e avançar na qualificação destes atores, tendo como resultado um melhor atendimento para a população.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, S.A. *et al.* **Integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde.** Revista brasileira de educação médica, v.32, n.3, p. 356-362, 2008.

ALMEIDA, M. J. **Educação Médica e Saúde: a mudança é possível.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora da ABEM, 2011. 212p .

AMADEU, M, S dos S, MENGATO, A, P, de F, STROPARO, A, P,S, ASSIS, T,T,STRESSER de A. **Manual de Normatização de Documentos Científicos de acordo com as normas da ABNT.**Curitiba: UFPR,2015.

ANASTASIOU, L. da G. C. **Docência no ensino superior.** São Paulo: Cortez, v.1, 2002 (Coleção Docência e Formação).

ALMEIDA, M. et al. (Org.). **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde.** Londrina: Rede Unida; 2003.

BAGGIO MA. **Relações humanas no ambiente de trabalho: o (des)cuidado de si do profissional de enfermagem.** Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2007;28(3) Disponível: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4695/2599>. Acesso em: set. 2016.

BARROS ALBL, MICHEL JLM. **Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência: experiência de implantação em um hospital escola.** Rev Latino-Am Enf 2000 jan.;8(1):5-11.

BORDENAVE, J. E.D. **O que é comunicação.** São Paulo: Brasiliense, 1982.

BOTTI, S. H. O. & REGO, S. **Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?** Rev. bras. educ. med, vol.32, n.3, pp. 363-373, 2008.

BRASIL. **Lei nº 8.080** - 19 de setembro de 1990a e 1990b. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 março.2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução n.4**, CNE/ CES de 7/11/2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38. Disponível em: URL: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ CES04.pdf>

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. Cria o Programa de Residência Integrada em Saúde.**Portaria nº 109/04**, de 31 de março de 2004a.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. Cria o Programa de Residência Integrada em Saúde. **Portaria nº 109/04**, de 31 de março de 2004b.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. Cria o Programa de Residência Integrada em Saúde. **Portaria nº 109/04**, de 31 de março de 2004c.

BRASIL. **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 de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. 2005a.

BRASIL. **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 de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção às urgências**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 506**, de 24 de abril de 2008. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. 2008a.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 506**, de 24 de abril de 2008. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. 2008b.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº nº 1.077**, de 12 de novembro de 2009. Revoga a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12-01-2007 alterada pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.224, DE 03-10-2012 Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. 2009a

BRASIL. **Portaria Interministerial nº nº 1.077**, de 12 de novembro de 2009. Revoga a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12-01-2007 alterada pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.224, DE 03-10-2012 Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. 2009b.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº nº 1.077**, de 12 de novembro de 2009. Revoga a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12-01-2007 alterada pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.224, DE 03-10-2012 Dispõe sobre a Residência

Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. 2009c.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº nº 1.077**, de 12 de novembro de 2009. Revoga a Portaria Interministerial mec/ms nº 45, de 12-01-2007 alterada pela Portaria Interministerial mec/ms nº 1.224, DE 03-10-2012 Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. 2009d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de e Atenção à Saúde**, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional Em Saúde Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. **Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde.** Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192. Acesso em: 20 ab.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **14ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final.** Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf. Acesso em: 20 março.2015.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de diretrizes e base da educação nacional** nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>>. Acesso em: 8 ab. 2015.

BRASIL. **Portaria nº 198/GM** - 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 e dá outras providências. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em.18 março de 2015.

BRASIL. **Resolução nº 2** - 13 de abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em profissional de saúde. Disponível em: <http://www.abmes.org.br/abmes/public/arquivos/legislacoes/Res-CNRM-002-2012-04-13.pdf>. Acesso em.15.março de 2015.

BRASIL. **Portaria nº 2.607** - 10 de dezembro de 2004 aprova o plano nacional de saúde/pns - um pacto pela saúde no brasil. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/03/pnsbras.pdf>. Acesso em 18.março de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Educação. **Relatório de atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde: CNRMS: exercício 2007/2009.** Disponível em:[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3_b_relatorio_atividades_cnrms_261109b](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3_b_relatorio_atividades_cnrms_261109b.pdf). Acesso em 15 de julho de 2016.

BRASIL. **Portaria nº 1.996** - 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em 30 de julho de 2016.

BENTLER, P. M., & BONETT, D. G. **Significance tests and goodness-of-fit in the analysis of covariance structures.** Psychological Bulletin, 88, 588-600.1980.

BORDENAVE, Juan E. Díaz. **O que é comunicação.** 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1982.

BROWNE, M. W., & Cudeck, R. **Alternative ways of assessing model fit. Testing structural equation models** (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage Publications. 1993.

BYRNE, B. M. **Structural equation modeling with EQS: Basic concepts, applications, and programming** (2nd ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum. 2006.

CECCIM, R. B et al. **O que dizem a Legislação e o Controle Social em Saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v.2, n. 7, p. 373-383, 2002.

CECCIM, R.B.; FEUERWEKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1, jan./jun., p. 41-65, 2004.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (5) 1400-10, 2004.

CECCIM, R.B. **A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades.** Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, 2008.

COSTA JRB, ROMANO VF, COSTA RR, VITORINO RR, ALVES LA, GOMES AP et al. **Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes.**

Rev Bras Educ Med. 2012; p. 36(3):387-400. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000500014>. Acesso em: 27 de juh. 2016.

COLLINS J. Education techniques for lifelong learning: principles of adult learning. Radiographics 2004; p; 24.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: CONASS, 2011c. 120 p.Coleção Para Entender a Gestão do SUS, v.9.

CLOSS, T. T; O Serviço Social nas residências multiprofissionais em saúde na atenção básica. Formação para a integralidade, Porto Alegre: PUCRS, 2012. Dissertação de Mestrado.

DECRETO nº 7.082, 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. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm. Acesso em. 08.set.2016.

DELLEGRAVE, D; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. Interface (Botucatu) vol.13 nº. 28 Botucatu Jan./Mar. 2009.

DILVA MARTINS MONTEIRO,ELIZABETH M. TEIXEIRA LEHER,VICTORIA MARIA BRANT RIBEIRO. Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde. Da educação continuada à educação permanente: a construção do modelo de formação pedagógica para preceptores de Internato Médico, 2011.

DYNIEWICZ, A. M. Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes. São Caetano do sul: Difusão Editora, 2007.

FAJARDO, A.P. Os Tempos da Docência nas Residências em Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições escola na saúde. 200f. Tese (Doutorado em Educação) da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre 2011.

FARIA, M; NUNES, E; ANASTASIOU, L; SAKAI, M; SILVA, V. Desafios da Educação Permanente: a experiência do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. Rev. Bras. Educ. Med., Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 248-253, 2008.

FEUERWERKER, L. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.

Fórum Nacional de Residentes em Saúde. Porque o Fórum Nacional de Residentes (FNRS) não pactua com a atual Comissão Nacional de Residências

Multiprofissionais em Saúde (CNRMS). Disponível em: forumresidentes.blogspot.com. Acesso em 18.mar.2015.

GATTÁS, M.L.G. **Interdisciplinaridade: formação e ação na área de saúde**. Ribeirão Preto: Holos, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GODINHO, M.; MENDES, R.; BARREIROS, J. **Informação de Retorno e Aprendizagem**. *Horizonte*. Lisboa: Livros Horizonte, v. 11, n. 66, p. 217-220, mar./abr. 1995.

HADDAD, A. E, *et al.* (Org.). **A trajetória dos cursos de graduação na saúde**.19912004. Brasília, DF: INEP, 2006.

HADDAD,A. E. **Sobre a Residência Multiprofissional em Saúde**. *Interface. Comunicação Saúde e Educação*.V.13, nº.28,p213-37, jan/mar.2009.

HADJI, C. **Avaliação desmistificada**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192. Acesso em 28 de ago. de 2016.

HAIR. J., BLACK, W.C., BABIN, B. J. **Análise Multivariada de Dados**. Tradução Adonai Schlup Sant'Anna. 6ed. Porto Alegre: Bookman 2009.

HERDY, D.A, **Educação à distância na formação pedagógica de preceptores: avaliando a construção de ambientes colaborativos**. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) -Universidade do Estado do Rio de Janeiro , Rio de Janeiro 2014.

HOYLE, R. H. **The structural equation modeling approach: Basic concepts and fundamental issues**. In *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications*: 1-15. 1995.

HU, L. & BENTLER, P. M. **Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives**. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. 1999.

INEP. **Thesaurus Brasileiro de Educação**. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br/pesquisa/thesaurus/>>. Acesso em 25.mar.2015.

JESUS JCM, RIBEIRO MVB. **Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico**. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(2):153-61. Disponível em. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000400002>. Acesso em: 28 de ago.2017.

JÖRESKOG, K.G. **A general approach to confirmatory maximum likelihood factor analysis.** *Psychometrika*, 34, 183–202,1969.

KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. **Enfermagem e patologia geral: resgate e reconstrução de conhecimentos para uma prática interdisciplinar.** *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 528-537, out./dez. 2003.

LEITE, M.A; VILA, VSC. **Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 145-150, mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a03.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2016.

LAKATOS, EVA M. & MARCONI, MARINA de A. **Fundamentos da metodologia científica.** São Paulo: Atlas, 1985.

LOCH-NECKEL, G. et al. **Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família.** *Cienc. Saúde Colet.*, v. 14, n. 1, p. 1463-1472, 2009.

LUCCHESI, G. **Burocracia e política de saúde: arena ou ator?** In: TEIXEIRA, S. F. (Org). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.* 4ª Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

MACHADO, M. F. A. S. et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

MARCONI, M, A; LAKATOS, EM.**Técnicas de Pesquisa.**2ª. ed. São Paulo, Atlas, 1990.

MARTINS M,N. **O currículo oculto na prática pedagógica.** *Rev Científica Eletrônica Ciênc Sociais Aplicadas da Eduvale.* 2005;4.

MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda.** Rio de Janeiro: IMSUERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005.

MENEZES, ET; SANTOS, TH. **Verbetes produção técnico-científica.** *Dicionário Interativo da Educação Brasileira - Educabrazil.* São Paulo: Midiamix, 2001. Disponível em: <<http://www.educabrazil.com.br/producao-tecnico-cientifica/>>. Acesso em: 25 de set. 2016.

MANOEL, V. M. N, VALÉRIA, M, L, MARIA, A, C, O. **Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos.** *Rev. Brasileira de Enfermagem.* Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400586. Acesso em: set.2016.

MILLS JE, FRANCIS KL, BONNER A. **Clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses**. A review of the literature. Rural Remote Health 2005;5(3): 410.

MCGOWN, C. O. **Ensino da técnica desportiva. Treino Desportivo**. II série, n. 22, p. 15-22, dez. 1991.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22.ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MOHR, **A formação pedagógica dos profissionais da área da saúde**, Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde 2011.

MORIN, E. A. **Cabeça bem-feita: repensar a reformar o pensamento**. Tradução de Eloá Jacobina. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

MONTEIRO, D.M. LEHER, E.M.T; CERQUEIRA GOMES, M.P.; BRANT RIBEIRO, V.M.**Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde**. Juiz de Fora. 201.

PACHANE, GRAZIELA. G.; PEREIRA, E. M. D. **A importância da formação didático pedagógica e a construção de um novo perfil para docentes universitários**. Revista Iberoamericana de Educación, v.3, n.1, 2004. Disponível em: Acesso em: 22 set 2016.

PASINI, V. L. **Residência Multiprofissional em Saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS**. Tese (Doutorado -Psicologia). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde e a interface entre trabalho e interação**. 1998. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

PEREIRA ALF. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências sociais**. Cad Saúde Públ 2003;19950:1527-34. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.

PERROCA, M, E. & GIAIDZINSKI R.R.. **Sistema de Classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 32(2), 153-68. 1998.

PIERANTONI, C.R. **Formação, regulação profissional e mercado de trabalho em saúde**. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ et al. (Orgs.). 22. ed.

PIMENTA, ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos. **Docência no Ensino Superior**. São Paulo: Cortez, 2002.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem métodos, avaliação e utilização**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 45, DE 12 DE JANEIRO DE 2007. **Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde**. Disponível em http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf. Acesso: 08.ago.2016.

PORTARIA INTERMINISTERIAL nº1077 de 12 de novembro de 2009a. **Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Comissão Nacional de RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/noticia/portaria-interministerial-no1077-de-12-denovembro-de-2009>. Acesso: junho de 2015.

RAMOS A, BURIGO A, CARNEIRO C, DUARTE C, KREUTZ J. **Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais** In. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde.

REIBNITZ K S, PRADO M L. **Inovações e educação em enfermagem**. Florianópolis. Cidade Futura. 2006.

RYAN-NICHOLLS K. **Preceptor recruitment and retention**. Can Nurse; p. 19, 2004.

SAMPIERI, Roberto Hernández. COLLADO, Carlos Fernández. LUCIO, Pilar Baptista. **Metodología de la investigación**. México: McGRAW HILL, 1996.

SANTOS, S. S. C. **Perfil de egresso de Curso de Enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação**. Rev Bras Enferm., v. 59, n. 2, p. 217-221, 2006.

SANTOS, F. A. **Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Dissertação em maio de 2010. ENSP/Fiocruz.

SILVA, G.C.C. et al. **Atributos de preceptores de programas de residência médica.** Rev Bras Educ Méd, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 37, 2008.

TABACHNICK, B.G. AND FIDELL, L.S. **Using Multivariate Statistics** (5th ed.). New York: Allyn and Bacon. 2007.

TOMASI, N.G.S; YAMAMOTO, RM. **Metodologia da pesquisa em saúde: fundamentos essenciais.** 1999.

VANZIN, A. S.; NERY, M. E. S. **Metodologia da pesquisa em saúde: fundamentos para o desenvolvimento de pesquisas em saúde.** Porto Alegre: RM&L Gráfica, 1998.

VIANA, H. M. - **Introdução à Avaliação Educacional.** Ed. Ibrasa Inst. Brasileira de Difusão Cultural Ltda. S. Paulo- S.P., 1988.

WAGNER LR, THOFEHRN MB, AMESTOY SC, **PORTO AR, ARRIEIRA ICO. Relações interpessoais no trabalho: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem.** Cogitare enferm. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/14123/9494>. Acesso em 26 d2 julh.2017.

WERMELINGER, M. et al. **A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização.** Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 45, p. 55-71, abril 2010.

WITT, RR **Competências da Enfermeira para o desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública.** Ribeirão preto. Escola de enfermagem de ribeirão Preto. Disponível em: [2005.http://www2.ghc.com.br/gepnet/docsmestrado/mestrado material14](http://www2.ghc.com.br/gepnet/docsmestrado/mestrado material14). Acesso em 16 de set. de 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 : TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____
(nome do participante da pesquisa, nacionalidade, idade, estado civil, profissão, endereço, RG), fui convidado a participar do estudo denominado: O Preceptor na Residência Multiprofissional Em Saúde: Realidade e Desafios. Tendo como objetivo geral, Conhecer qual a realidade da preceptoria, no processo ensino-aprendizagem nos programas de Residência Multiprofissional e específicos: Traçar o perfil sócio-demográfico dos preceptores dos programas de Residência Multiprofissional no Município de Curitiba e Analisar como o preceptor se autoavalia no processo de ensino-aprendizagem nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde. O interesse por esse estudo surgiu mediante a identificação de dificuldades no processo ensino-aprendizagem, por parte dos preceptores. Desta forma buscamos entender como se dá este processo na procura de contribuir para gerar um programa de educação permanente para programas, o que possibilitará avançar na qualificação destes atores, e como resultado de ampla abrangência teremos um melhor atendimento para a população. Sua participação é voluntária.

Foi solicitado o preenchimento de dois questionário um com os dados sócio demográficos e outro contendo 60 afirmações objetivas dividido em 5 eixos, estas questões deverão ser preenchidas levando em consideração as atividades realizadas como preceptor.

A minha participação no referido estudo foi no sentido de responder a ficha de identificação e o questionário.

Durante a realização dos questionários não serão realizados procedimentos que ocasionem desconforto ou risco aos participantes.

Os riscos que a pesquisa pode trazer são relacionadas à possibilidade de violação da privacidade dos participantes de pesquisa, por isso os pesquisadores assumem o compromisso de cumprir e zelar pelos princípios da ética em pesquisa.

Em relação aos benefícios que serão gerados pela pesquisa é possível destacar que ao conhecer o perfil dos preceptores e o panorama do processo ensino-aprendizagem dos Programas de Residência Multiprofissional do Município de Curitiba, será possível desenvolver um Programa de Educação Permanente para estes profissionais.

É assegurado que em qualquer etapa do estudo, o participante poderá ter acesso aos responsáveis pela pesquisa para esclarecimento ou eventuais dúvidas. A principal investigadora é Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack, que pode ser contatada pelo telefone (41) 8719-1478.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), na Faculdade Pequeno Príncipe - Bloco 03 - Av. Iguazu, 333. Rebouças. CEP: 80230-020. Curitiba/ Paraná/ Brasil. Tel.: (41) 3310-1500 – Ramal: 1512.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo;

As informações obtidas serão analisadas, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante;

Os participantes terão o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

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

Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim.

Eu discuti com a Sra. Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

Curitiba, ____ de _____ de 2015

Assinatura do responsável

Noeli Hack

APENDICE 2: FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:

1. Idade:

 20 a 30 anos 31 a 40 anos 41 a 50 anos 51 ou mais

2. Gênero:

 Feminino Masculino

3. Categoria Profissional: _____

4. Tempo de formação: _____

5. Pós graduação:

 Especialização -Área _____ Mestrado -Área _____ Doutorado -Área _____

6. Tempo na preceptoría: _____

7. Tem experiência na docência?

 sim não

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE AUTO-AVALIAÇÃO DO PRECEPTOR

EIXO: RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

		SEMPRE	QUASE SEMPRE	ÀS VEZES	NUNCA
1	Me comunico de forma clara e respeitosa com residentes, pacientes/familiares e equipe.				
2	Facilito o relacionamento interpessoal entre residentes e desses com a equipe de saúde e pacientes/familiares.				
3	Atuo como mediador entre o residente e a coordenação do programa com ética e compromisso.				
4	Percebo que os residentes se sentem à vontade para tirar dúvidas e fazer perguntas.				
5	Mantenho um diálogo respeitoso.				
6	Ofereço suporte ao residente durante situações imprevistas.				
7	Faço e recebo críticas respeitosamente.				
8	Discuto com a equipe as possibilidades de acompanhamento das atividades de ensino e aprendizagem.				
9	Respeito o espaço e o limite dos outros profissionais.				
10	Respeito o espaço e o limite dos outros preceptores.				
11	Apresento afinidade na área que atuo.				

EIXO: EDUCAÇÃO

		SEMPRE	QUASE SEMPRE	ÀS VEZES	NUNCA
Atividades Pedagógicas					
12	Permito ser observado na prática profissional atuando como modelo para os residentes.				
13	Atuo como educador no contato com residentes (de qualquer especialidade), preceptores, profissionais e pacientes.				
14	Reconheço o que não sei, aceito críticas e sou ativo ao lidar com as dificuldades.				
15	Incentivo a autonomia dos residentes.				
16	Respeito o grau de maturidade profissional de cada residente.				
17	Oriento os residentes para a integralidade do cuidado.				
18	Oriento sobre as normas institucionais.				
19	Supervisiono o residente conforme estabelecido no programa.				
20	Cito exemplos de fatos ocorridos no cenário de prática.				
21	Promovo atividades teórico-práticas após o levantamento das necessidades.				
Produção científica					
22	Oriento o residente na construção das apresentações para a sessão clínica.				
23	Oriento e incentivo a produção do trabalho de conclusão da residência.				
Conhecimento					
24	Considero meu conhecimento, na área que atuo, suficiente para facilitar o processo ensino-aprendizagem dos residentes adequadamente.				

EIXO: AVALIAÇÃO

		SEMPRE	QUASE SEMPRE	ÀS VEZES	NUNCA
25	Avalio de forma contínua e individualizada a atuação dos residentes, dando retorno sobre as qualidades e aspectos que requerem maior atenção.				
26	Realizo a devolutiva individualmente com cada residente em ambiente reservado.				
27	Ressalto as potencialidades do residente.				
28	Sinalizo as fragilidades do residente com possíveis soluções e procuro por parcerias para resolvê-las				
29	Identifico e avalio as potencialidades e deficiências técnicocognitivas do residente.				
30	Observo o desenvolvimento das potencialidades do residente.				
31	Percebo que o residente entende claramente as minhas sinalizações durante a devolutiva. (feedback)				
32	Compreendo plenamente os eixos e critérios das avaliações do programa.				
33	Avalio continuamente o programa oferecido.				
34	Avalio as condições institucionais para o desenvolvimento da preceptorial.				
35	Realizo a autoavaliação periodicamente nos prazos determinados.				
36	Utilizo a avaliação como ferramenta para melhoria da formação e da qualidade do programa				

EIXO: GESTÃO

		SEMPRE	QUASE SEMPRE	ÀS VEZES	NUNCA
Pessoas					
37	Participo das reuniões entre coordenação e preceptorial				
38	Encontro condições institucionais para o desenvolvimento da preceptorial.				
39	Planejo as atividades para receber os residentes.				
40	Atuo de forma compartilhada com a gerência da unidade (campo de prática do residente) e especialidades, visando à qualificação do ensino e da assistência, de forma alinhada com as diretrizes institucionais.				
41	Incentivo a integração multiprofissional e a intersectorialidade.				
42	Facilito e fortaleço o debate democrático e reflexivo.				
43	Estimulo a produção de trabalhos científicos da área, como a divulgação e participação em congressos.				
44	Estimulo a produção de conhecimento/científica				
Tempo					
45	Tenho compromisso com a carga horária de trabalho estabelecida pela instituição estando acessível para as necessidades de ensino-aprendizagem dos residentes durante todo o período.				
46	Consigo conciliar a atenção aos pacientes e a supervisão dos residentes.				
47	Limito as tarefas, não aceitando mais do que posso executar.				
48	Cumpro o cronograma da Programação teórica.				
49	Cumpro os prazos de entrega das avaliações dos residentes.				

Programa				
50	Tenho afinidade na área que atuo.			
51	Tenho criatividade na condução do trabalho.			
52	Participo ativamente da elaboração e execução de protocolos na respectiva área.			
53	Elaboro o programa de residência, em conjunto com o coordenador e/ou preceptores, observando as diretrizes da COREMU, do SUS e das DCN			
54	Defino atividades diferenciadas para R1 e R2.			
55	Participo ativamente da (re)construção do processo de avaliação.			

EIXO: TRANSVERSAL

		SEMPRE	QUASE SEMPRE	ÀS VEZES	NUNCA
56	Tenho motivação.				
57	Tenho satisfação profissional na função de preceptor.				
58	Exerço minhas atividades com ética profissional.				
59	Manejo adequadamente situações imprevisíveis.				
60	Percebo o reconhecimento do meu trabalho.				

Observações: _____

FACULDADE PEQUENO
PRÍNCIPE - FPP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PAPEL DO PRECEPTOR NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM.

Pesquisador: Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50130715.0.0000.5580

Instituição Proponente: Faculdade Pequeno Príncipe

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.294.612

Apresentação do Projeto:

Os autores relatam que o processo ensino-aprendizagem dentro dos programas de Residência Multiprofissional ainda é pouco estudado. A maioria dos trabalhos discute a titulação do corpo docente, as condições de trabalho dos residentes e a organização dos programas dos hospitais de ensino. Mas o conteúdo da formação, como o processo acontece, como é o que os residentes aprendem e como aprendem ainda é pouco discutido. Conhecer como ele acontece assim como o perfil dos preceptores dos programas torna-se fundamental para contribuir na criação de um programa de educação permanente, possibilitando o avanço na qualificação destes participantes. Desta maneira, a pesquisa pretende compreender como se dá o processo de ensino-aprendizagem dos preceptores envolvidos nos programas de Residência Multiprofissional no município de Curitiba. Neste contexto, busca-se entender como se dá a atuação do preceptor na relação de ensino-aprendizagem nos programas de Residência Multiprofissionais em Saúde, no Município de Curitiba. Esta pesquisa será de abordagem quantitativa de cunho exploratório e descritivo e será desenvolvida com Preceptores de todos os Programas de Residência Multiprofissional do Município de Curitiba. Será aplicado um questionário de autoavaliação de preceptor desenvolvido no Curso de Formação Pedagógica para a Prática da Preceptoría HERDY(2011), já autorizado pela autora. Este instrumento apresenta sessenta perguntas em uma escala likert dividida em sempre, quase sempre, as vezes, nunca, subdividida em cinco eixos, o primeiro com questões de Relacionamento

Endereço: Av. Iguaçu

Bairro: Rebouças

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.230-020

Telefone: (41)3310-1512

E-mail: comite-etica@fpp.edu.br

FACULDADE PEQUENO
PRÍNCIPE - FPP



Continuação do Parecer: 1.294.612

Interpessoal, o segundo Educação, o terceiro Avaliação, o quarto Gestão e o quinto Transversal (motivação, ética, imprevistos e reconhecimento). Além deste instrumento serão coletadas informações sócio-demográficas dos sujeitos de pesquisa de acordo com o instrumento apresentado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo principal:

- Conhecer qual a realidade da preceptoria no processo ensino-aprendizagem nos programas de Residência Multiprofissional.

Objetivo Secundário:

- Traçar o perfil sócio-demográfico dos preceptores dos programas de Residência Multiprofissional no Município de Curitiba;

- Analisar como o preceptor se autoavalia no processo de ensino-aprendizagem nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores relatam que os riscos que a pesquisa pode trazer estão relacionados à possibilidade de violação da privacidade dos participantes da pesquisa, por isso assumem o compromisso de cumprir e zelar pelos princípios da ética em pesquisa. Serão abordadas todos os profissionais que fazem parte da preceptoria dos Programas Multiprofissionais, cuja identificação será realizada com o código "E" (entrevistado), seguido de um número "1", "2",

e assim sucessivamente, de acordo com a ordem em que forem realizadas as entrevistas. Ex: E1, E2, E3, etc.

Em relação aos benefícios que serão gerados pela pesquisa, é possível destacar que ao conhecer o perfil dos preceptores e o panorama do processo ensino-aprendizagem dos Programas de Residência Multiprofissional do Município de Curitiba, será possível desenvolver um Programa de Educação Permanente para estes profissionais, oportunizando um processo ensino-aprendizagem de melhor qualidade, tendo como resultado um melhor atendimento para a população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trabalho com grande relevância por considerar como papel central na residência multidisciplinar o eixo ensino-aprendizagem.

Endereço: Av. Iguaçu

Bairro: Rebouças

CEP: 80.230-020

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3310-1512

E-mail: comite-etica@fpp.edu.br

FACULDADE PEQUENO
PRÍNCIPE - FPP



Continuação do Parecer: 1.294.612

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

- Na metodologia e no TCLE os autores relatam que farão entrevistas com os participantes. E o que eles farão será a entrega de questionários. Uniformizar o termo (questionário ou entrevista?)
- Constar no TCLE e no orçamento a assinatura (ou espaço no caso do TCLE) de todos os pesquisadores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/2012, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatórios de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-FPP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_604677.pdf	15/10/2015 12:44:23		Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	15/10/2015 12:40:55	Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	14/10/2015 20:56:02	Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack	Aceito
Outros	HC_UFPR.pdf	14/10/2015 20:27:44	Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack	Aceito
Outros	PUC.pdf	14/10/2015 20:26:50	Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack	Aceito
Outros	SC.pdf	14/10/2015	Noeli Maria	Aceito

Endereço: Av. Iguaçu

Bairro: Rebouças

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.230-020

Telefone: (41)3310-1512

E-mail: comite-etica@fpp.edu.br

FACULDADE PEQUENO
PRÍNCIPE - FPP



Continuação do Parecer: 1.294.612

Outros	SC.pdf	20:26:02	Rodrigues Alves Santos Hack	Aceito
Outros	HE.pdf	14/10/2015 20:24:50	Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack	Aceito
Outros	SMS.pdf	14/10/2015 20:16:23	Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack	Aceito
Outros	UFPR.pdf	14/10/2015 20:13:03	Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack	Aceito
Outros	HPP.pdf	14/10/2015 20:12:01	Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack	Aceito
Outros	HC.pdf	14/10/2015 20:05:52	Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack	Aceito
Outros	FEAES.pdf	14/10/2015 20:04:33	Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack	Aceito
Outros	Erasto.pdf	14/10/2015 20:03:37	Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack	Aceito
Outros	Aut.pdf	14/10/2015 20:02:20	Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack	Aceito
Outros	INSTRUMENTO.pdf	14/10/2015 19:59:29	Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/10/2015 19:45:45	Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack	Aceito
Orçamento	Orcamento.jpg	14/10/2015 13:32:24	Noeli Maria Rodrigues Alves Santos Hack	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Iguaçú
Bairro: Rebouças CEP: 80.230-020
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3310-1512 E-mail: comite-etica@fpp.edu.br

FACULDADE PEQUENO
PRÍNCIPE - FPP



Continuação do Parecer: 1.294.612

CURITIBA, 24 de Outubro de 2015

Assinado por:
Leide da Conceição Sanches
(Coordenador)

Endereço: Av. Iguaçu

Bairro: Rebouças

UF: PR

Telefone: (41)3310-1512

Município: CURITIBA

CEP: 80.230-020

E-mail: comite-etica@fpp.edu.br