

**Residência Multiprofissional em Saúde: vivência do ser preceptor na atenção ao  
paciente crítico**

**Multiprofessional Residency in Health: the experience of being a preceptor in the  
attention to the critically ill patient**

**Residencia Multiprofesional en Salud: experiencia del ser preceptor en la atención al  
paciente crítico**

**Rafaela Milanesi**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8666-0322>

Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Brasil

E-mail: [rafaelamilanesi@gmail.com](mailto:rafaelamilanesi@gmail.com)

**Rita Catalina Aquino Caregnato**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7929-7676>

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Brasil

E-mail: [ritac.ufcspa@gmail.com](mailto:ritac.ufcspa@gmail.com)

**Simone Travi Canabarro**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9339-590X>

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Brasil

E-mail: [simonetravicanabarro6@gmail.com](mailto:simonetravicanabarro6@gmail.com)

Recebido: 25/12/2018 | Revisado: 31/01/2019 | Aceito: 05/02/2019 | Publicado: 26/02/2019

**Resumo**

O estudo tem por objetivo explorar vivências dos preceptores de dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde na atenção ao paciente crítico. O método utilizado é o estudo de casos múltiplos (unidade-caso A e unidade-caso B), com coleta de dados em duas etapas: 1) questionário eletrônico, analisado por meio da estatística descritiva univariada; 2) entrevistas semiestruturadas, com análise de conteúdo de Bardin. Quanto ao perfil dos 31 preceptores da primeira etapa, a maioria não dispunha de carga horária semanal específica; o incentivo financeiro ocorria apenas na unidade-caso A; para 60%(A) e 76,2%(B) não foi a primeira experiência de ensino, mas 100%(A) e 81%(B) não tinham experiência prévia como preceptor; 50%(A) e 14,3%(B) realizaram formação pedagógica progressiva. Na segunda etapa, emergiram das 14 entrevistas realizadas, quatro categorias e subcategorias: profissional preceptor (papel assumido, competências necessárias, formação pedagógica progressiva);

vivência cotidiana (organização do trabalho, processo de ensino-aprendizagem, processo de avaliação dos residentes, atividades extra praxis); aspectos relevantes da preceptoria (negativos, positivos); sugestões para melhoria (valorização do preceptor, melhoria dos programas de RMS). Preceptores mostraram-se satisfeitos, entretanto fatores dificultadores para prática foram elencados, como sobrecarga laboral e falta de carga horária específica.

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

### **Abstract**

This study aimed at exploring experiences of preceptors from two Multiprofessional Residency programs in healthcare to critically ill patients. The method used is the study of multiple cases (A and B) with data collection in two steps: 1) electronic questionnaire, analyzed through univariate descriptive statistics; 2) semi-structured interviews, with content analysis of Bardin. Preceptors' profile - most did not have specific weekly working hours; there was financial incentive in case-unit A; for 60%(A) and 76.2%(B) this had not been their first teaching experience; and 50%(A) and 14.3%(B) had had previous pedagogical training. Four categories and sub-categories have emerged from the interviews: professional preceptor (undertaken role, required skills, previous pedagogical training); daily experience (work organization, teaching-learning process, residents' evaluation process, extra praxis activities); relevant aspects of preceptorship (negative, positive); suggestions for improvement (preceptors' appreciation, improvement of MRH programs). Preceptors seemed to be satisfied; however, complicating factors related to the practice were listed, such as work overload and lack of specific working hours.

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

### **Resumen**

El estudio tiene por objetivo explorar vivencias de los preceptores de dos programas de Residencia Multiprofesional en Salud en la atención al paciente crítico. El método utilizado es el estudio de casos múltiples (A y B), con recolección de datos en dos etapas: 1) cuestionario electrónico, analizado por medio de la estadística descriptiva univariada; 2) entrevistas semiestructuradas, con análisis de contenido de Bardin. En cuanto al perfil de los 31 preceptores de la primera etapa, la mayoría no disponía de carga horaria semanal específica; el incentivo financiero ocurría sólo en la unidad-caso A; para el 60% (A) y el 76,2% (B) no fue la primera experiencia de enseñanza, pero 100% (A) y 81% (B) no tenían experiencia previa como preceptor; 50% (A) y 14,3% (B) han realizado formación pedagógica anterior. En la segunda etapa, surgieron de las 14 entrevistas realizadas, cuatro categorías y subcategorías: profesional preceptor (papel asumido, competencias necesarias, formación

pedagógica anterior); experiência diária (organização do trabalho, processo de ensino-aprendizagem, processo de avaliação de los residentes, atividades extra prática); aspectos preceptorais pertinentes (negativos, positivos); sugestões para melhoria (valorização do preceptor, melhoria dos programas de RMS). Los preceptores se mostraram satisfeitos, sin embargo, los factores dificultadores para la práctica se enumeraron, como sobrecarga laboral y falta de carga horaria específica.

**Palabras clave:** Enseñanza; Capacitación de Recursos Humanos en Salud; Preceptoría; Internado no Médico; Cuidados Críticos.

## 1. Introdução

As Residências em Área Profissional da Saúde foram instituídas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 (2005) e são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). São programas de integração ensino-serviço-comunidade vinculados a quinze profissões e constituem-se em Pós-Graduações Lato Sensu, sob a forma de curso de especialização de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde (Portaria Interministerial nº 16, 2014).

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é composta por pelo menos três profissões, fundamentada na atenção integral, orientada pela prática multiprofissional atuando em um contexto interdisciplinar de um determinado campo, especialmente em áreas prioritárias para o SUS, integrando os núcleos de saberes e práticas de cada profissão (Resolução CNRMS nº 02, 2012).

Por tratar-se de ensino em serviço, sua carga horária total deve ser em 80% desenvolvida sob a forma de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, supervisionadas pelo corpo docente assistencial (Resolução CNRMS nº 05, 2014). O preceptor, profissional com formação mínima de especialista, faz parte deste corpo docente, realizando a supervisão direta das atividades práticas dos residentes (Resolução CNRMS nº 02, 2012).

No campo de práticas, o papel docente do preceptor passa pela problematização das vivências cotidianas em diálogo com o saber científico. Assumindo posição de mediador, promove a construção de conhecimentos ao estimular a produção dos próprios educandos, de forma que o residente se torne sujeito do próprio processo de aprendizagem (Batista, 2012; Garcia, 2001; Meyer, Félix & Vasconcelos, 2013).

A motivação para realização deste estudo partiu do cotidiano das pesquisadoras, por serem preceptora e tutoras, emergindo o problema de pesquisa investigado: quais são as

vivências dos preceptores de dois programas de RMS na área de concentração da atenção ao paciente crítico (APC)? Para respondê-lo, definiu-se como objetivo explorar as vivências dos preceptores de dois programas de RMS em APC.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo de casos múltiplos, de natureza aplicada, empreendido por intermédio de coleta de dados em duas etapas, a primeira com a aplicação de questionário eletrônico e a segunda com entrevistas semiestruturadas.

Estudos de casos caracterizam-se pelo estudo de uma entidade bem definida, como um programa, uma instituição, um sistema educativo, de forma profunda e exaustiva, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento. Foi definido como múltiplo por propor-se a estudar conjuntamente mais de uma unidade-caso, a fim de investigar determinado fenômeno de forma a não intervir sobre o objeto a ser estudado, mas revelá-lo tal como ele o percebe (Gerhardt, 2009).

A pesquisa teve como campo de ação dois Programas de RMS, um em APC e outro em terapia intensiva, executados em hospitais de referência no município de Porto Alegre (RS), onde denominou-se “unidade-caso A” a RMS que tem uma única instituição de saúde federal como executora e formadora da residência e “unidade-caso B” ao Programa vinculado a uma instituição de ensino superior federal e a um complexo hospitalar. O universo foi de 47 preceptores, 12 vinculados à unidade-caso A e 35 à unidade-caso B.

A primeira etapa de coleta de dados ocorreu de julho a outubro/2015 e contou com 31 sujeitos. O processo de amostragem foi não-probabilístico por conveniência, sendo enviado por e-mail o convite a todos preceptores. O questionário eletrônico foi composto por questões fechadas dicotômicas e de múltipla escolha, mistas, parte delas no formato da escala Likert (permitindo desvelar níveis de opinião), sendo concebido através do aplicativo Google Drive, ferramenta Form, e analisado por meio da estatística descritiva univariada, através dos parâmetros resultantes dos índices de distribuição de frequência, com medidas de tendência central e de dispersão.

A segunda etapa, desenvolvida de novembro a dezembro/2015, reuniu 14 participantes. Realizou-se o convite a pelo menos um preceptor de cada núcleo profissional de ambos os programas e a amostra foi definida após a saturação dos dados. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e empregou-se a análise de conteúdo de Bardin (2016). As informações transcritas sofreram análise com o auxílio do software NVivo 11, seguindo as

etapas: transcrição das entrevistas; leitura flutuante do corpus; análise temática; resultados e interpretação. Os entrevistados foram identificados pela letra “E” seguida pelo número da entrevista, conforme ordem cronológica, e pela letra A ou B para cada uma das instituições pesquisadas.

Foram respeitadas todas as exigências éticas e científicas baseadas na Resolução CNS/MS nº466 (2012), acerca das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, recebendo o aceite das instituições envolvidas.

### 3. Resultados e Discussão

Em relação ao perfil dos sujeitos, evidenciou-se que eram, em sua maioria, adultos jovens, do sexo feminino e enfermeiros. O perfil completo é apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1** – Perfil dos sujeitos por unidade-caso.

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

|    |    |    |    |      |
|----|----|----|----|------|
| 30 | 03 | 30 | 07 | 33,3 |
| 36 | 07 | 70 | 05 | 23,8 |
| 40 | -  | -  | 02 | 9,6  |
| 44 | -  | -  | 07 | 33,3 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Quanto à educação continuada, percebe-se na Tabela 2 que a totalidade da amostra possuía ou estava concluindo pós-graduações, como exigido pela legislação (Resolução CNRMS nº 02, 2012). O tempo médio enquanto preceptor foi semelhante entre instituições e ao serem indagados sobre carga horária semanal específica para preceptoria, a maioria respondeu não possuir, apenas uma nutricionista (3h/sem) e três psicólogas (2h/sem) dispunham.

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

| Características  | Unidade-caso A |     | Unidade-caso B |      |
|--|----------------|-----|----------------|------|
|  | n              | %   | n              | %    |
| Tempo de preceptoria (anos)                                |                |     |                |      |
| 0 – 2  | 06             | 60  | 16             | 76,2 |
| 3 – 5  | 03             | 30  | 05             | 23,8 |
| 6 – 8  | 01             | 10  | -              | -    |
| Carga horária semanal específica para preceptoria          |                |     |                |      |
| Sim  | 01             | 10  | 03             | 14,3 |
| Não  | 09             | 90  | 18             | 85,7 |
| Bolsa-incentivo  |                |     |                |      |
| Sim  | 10             | 100 | -              | -    |
| Não  | -              | -   | 21             | 100  |
| Primeira experiência de ensino na área da saúde            |                |     |                |      |
| Sim  | 04             | 40  | 05             | 23,8 |
| Não  | 06             | 60  | 16             | 76,2 |
| Outra experiência de preceptoria                           |                |     |                |      |
| Sim  | -              | -   | 04             | 19,0 |
| Não  | 10             | 100 | 17             | 81,0 |
| Formação pedagógica progressiva                            |                |     |                |      |
| Sim  | 05             | 50  | 03             | 14,3 |
| Não  | 05             | 50  | 18             | 85,7 |
| Sente necessidade da realização de cursos para preceptores |                |     |                |      |
| Sim  | 10             | 100 | 19             | 90,5 |
| Não  | -              | -   | 02             | 9,5  |
| Modalidade de curso mais adequado à sua rotina             |                |     |                |      |
| Presencial   | 04             | 40  | 07             | 33,3 |
| Semipresencial   | 03             | 30  | 03             | 14,3 |
| À distância  | 01             | 10  | 05             | 23,8 |
| Presencial ou semipresencial                               | 02             | 20  | 04             | 19,0 |
| Semipresencial ou à distância                              | -              | -   | 01             | 4,8  |
| Qualquer uma das três modalidades                          | -              | -   | 01             | 4,8  |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Outra divergência diz respeito ao recebimento de bolsa incentivo. Na A os profissionais que exerciam formalmente a preceptoria recebiam Função Gratificada (FG), por se responsabilizarem regularmente por afazeres relacionados ao processo de ensino-aprendizagem e pesquisa dos residentes

(Fajardo & Ceccim, 2010). Nesta, os preceptores responsabilizam-se não somente pelas atividades práticas, mas, também, por atividades teóricas e teórico-práticas, funções que na unidade-caso B ficam a cargo dos tutores e docentes (Resolução CNRMS nº 02, 2012).

Chama a atenção que a RMS não foi a primeira experiência de ensino na área da saúde para um número elevado de preceptores. Aulas teóricas e práticas para cursos de extensão universitária e técnicos, graduações e pós-graduações foram citadas. Entretanto, no que diz respeito à prática da preceptoria, a maioria não tinha experiência prévia.

Quanto à formação pedagógica pregressa, nota-se diferenciação entre as unidades-caso. Na A 50% (n=5) tinham formações no ensino, sendo elas: especialização em práticas pedagógicas nos serviços de saúde, licenciatura em enfermagem, formação docente, curso de metodologias ativas e para orientadores de Trabalho de Conclusão de Residência (TCR). No entanto, todos acharam necessária a realização de cursos para preceptores. Na B 14,3% (n=3) realizaram, citando iniciação à docência no mestrado e especialização, e, 90,5% (n=19) sentiam necessidade destas formações.

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

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

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

mim.

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

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

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

A afirmativa sobre questões pedagógicas trabalhadas nas graduações (nº1) teve baixo nível de concordância entre os respondentes, já, outras seis, apresentaram elevado percentual: problematização dos conhecimentos científicos na prática (nº5); necessidade de formações sobre fundamentação pedagógica (nº6); bom relacionamento com os residentes (nº10); conhecimento sobre metodologias de pesquisa (nº11); segurança no desempenho de suas atribuições (nº12); e o reconhecimento das responsabilidades enquanto preceptor (nº13).

Houve variação dos níveis de assentimento entre unidades-caso em quatro afirmativas: domínio dos conhecimentos específicos (nº2); entendimentos sobre o processo de avaliação da aprendizagem (nº3); conhecimento acerca do projeto pedagógico dos programas (nº8); e competência para orientar/coorientar TCRs (nº15).

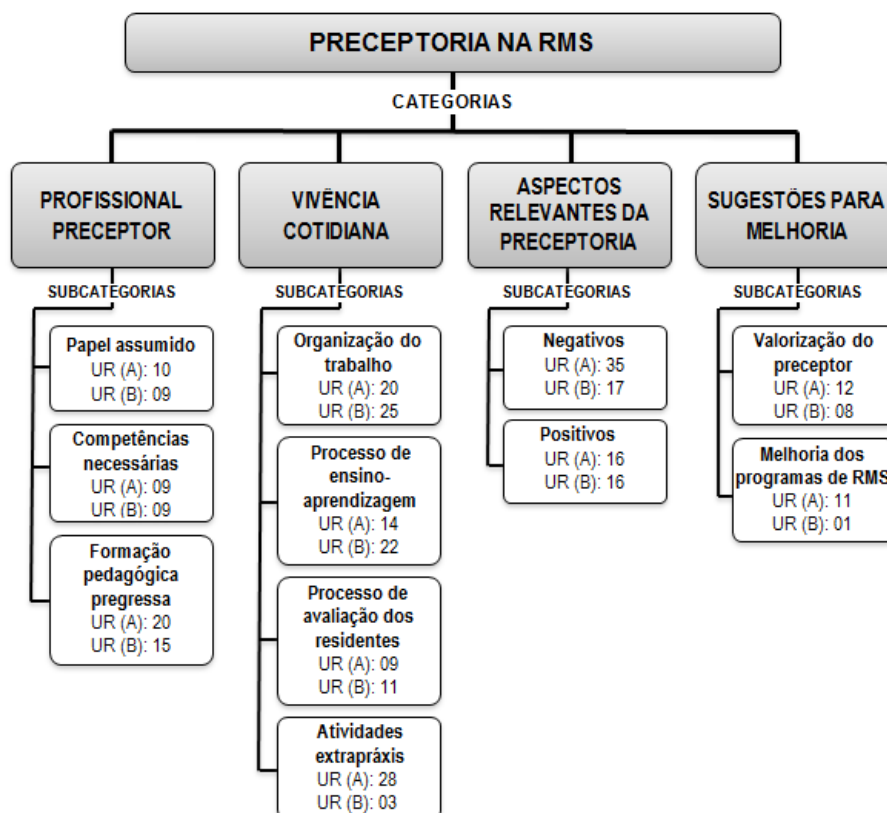
Nas quatro assertivas restantes (nº4, nº7, nº9 e nº14) não houve unanimidade entre os sujeitos, fazendo com que as médias oscilassem em torno do escore 3.

Os dados quantitativos da primeira etapa serviram de base para a finalização do roteiro das entrevistas realizadas na segunda etapa de coleta de dados, onde foram entrevistados 14 preceptores sendo eles: nutricionista; farmacêutica; fonoaudióloga; fisioterapeuta; e três enfermeiros na unidade-caso A; psicóloga; nutricionista; farmacêutica; fonoaudióloga; fisioterapeuta; e dois enfermeiros na B.



A categorização, resultante das entrevistas, ocorreu de acordo com semelhanças semânticas resultando em quatro categorias e onze subcategorias, com suas unidades de registro quantificadas (Figura 1).

**Figura 1** – Tema, categorias, subcategorias e unidades de registro (UR) por subcategoria e unidade-caso.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

### ***Categoria 1 – Profissional preceptor***

#### ***Papel assumido***

Neste quesito houve similaridade de falas dentre unidades-caso, evidenciando-se consonância entre tais relatos e as funções do preceptor, atribuídas pela legislação: como de ser orientador de referência das atividades práticas; facilitador da integração do residente com a equipe, usuários e demais residentes; participação em atividades de pesquisa; formalização do processo avaliativo; dentre outros (Resolução CNRMS nº 02, 2012).

[...] é orientador, é educador junto, é de certa forma, um exemplo profissional, porque a gente acaba sendo uma referência da profissão (E1A).

Funções de direcionar/guiar, acolher, aliar teoria à prática, facilitar a integração, orientar e educar foram as mais preponderantes. O preceptor faz a interação entre saberes, dialogando com o conhecimento científico nas situações vividas no campo das práticas. Portanto, transforma o conhecimento em agir, através de habilidades e atitudes, concretizando a educação em serviço (Garcia, 2001).

### *Competências necessárias*

“Competência” é tratada, no campo científico, como a capacidade de articulação e mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes, visando à resolução de problemas ou objetivando lidar com situações no cotidiano do trabalho (Rodrigues & Witt, 2013). Sob esta ótica, três competências para preceptoria foram predominantes. O conhecimento prático, através da experiência/vivência naquela área de atuação; conhecimento teórico, aspectos técnicos do núcleo da profissão; e conhecimento pedagógico, o saber ensinar.

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

Seria a parte teórica, a parte do embasamento [...] qualificação profissional (E4B).

[...] habilidade para trabalhar com as questões de educação, ser um bom profissional do ponto de vista técnico não necessariamente te capacita a ser um bom preceptor (E1A).

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

### *Formação pedagógica pregressa*

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

Nesta categoria a única unanimidade diz respeito ao não recebimento de conteúdos de cunho educativo em suas graduações e à importância que a formação pedagógica tem/teria em sua prática de preceptoria.

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

Oito entrevistados tiveram formação pedagógica em pós-graduações, seja em disciplinas específicas, como iniciação à docência, seja em especialização sobre práticas pedagógicas e mestrado

em ensino na saúde. Duas destacaram-se por serem também professoras universitárias e, por este motivo, realizarem formação docente semestralmente.

Ainda, cinco informaram estar realizando cursos específicos, um oferecido pelo Ministério da Educação através da Rede Universitária de Telemedicina e outro pela unidade-caso A, com enfoque no processo de preceptoria na RMS.

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

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

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

## ***Categoria 2 – Vivência cotidiana***

### *Organização do Trabalho*

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

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

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

[...] aqui na emergência somos quatro enfermeiros por turno e nós fazemos um rodízio entre as áreas, [...] então a gente acaba tendo que se adequar (E2A).

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

Tenho uma hora de supervisão por semana [...] onde ficamos juntas discutindo os casos, durante a semana tem outros momentos [...], é esse o contato que eu tenho, eu não fico junto com ela na UTI, eu acompanho um pouco mais à distância (E4B).

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

[...] a turma que está entrando de R1 eu acompanho pelo menos por um mês [...], depois então elas vão ficando mais independentes (E1B).

#### *Processo de ensino-aprendizagem*

Nesta subcategoria observou-se que os preceptores, em sua maioria, realizam supervisão permanente, problematizando as práticas no transcorrer dos acontecimentos, aliando a teoria às situações práticas proporcionadas no campo. Constitui-se, portanto, no profissional de referência para o residente, cabendo-lhe o papel de orientação nos conhecimentos relativos ao campo e núcleo em sua área de atuação, bem como em relação às ações interdisciplinares.

A supervisão acaba acontecendo em tempo real [...] se estou atendendo, vou lá faço revisão, eles vem até mim, questionam, os colegas também são participativos e colaborativos como orientadores de campo, então não existe [...] divisão formal, agora é campo, agora é teoria [...], isso acontece o tempo todo (E1A).

Grande parte deles utilizavam estratégias semelhantes em suas práticas educativas, como: estudos de casos, discussão de artigos, seminários, *rounds* uni/multidisciplinares e a interação do residente com os demais integrantes da equipe e não somente com o preceptor.

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

A vasta disponibilidade de informações e o acesso facilitado a elas terá pouca significação se não houver, em um primeiro momento, o refletir e identificar, na prática, os problemas cotidianos (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2009). Desta forma, através da problematização acerca da realidade, o preceptor conduzirá o residente no processo de ação-reflexão para a reconstrução da sua prática diária. Não reconhecer o ensino como intrínseco à sua prática pode levá-lo a não estabelecer uma relação pedagógica com o residente, reduzindo essa interação educativa à simples delegação de tarefas.

#### *Processo de avaliação dos residentes*

A legislação vigente normatiza que a avaliação do desempenho “*deverá ter caráter formativo e somativo, com utilização de instrumentos que contemplem os atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores estabelecidos pela Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da instituição*” (Resolução CNRMS nº 05, 2014, p. 34) determinando que a sistematização do processo avaliativo seja semestral (Resolução CNRMS nº 05, 2014).

A avaliação formativa tem por finalidade proporcionar informações relativas ao progresso do ensino e aprendizagem do residente, para que o preceptor possa ajustá-lo ao longo do processo, de forma a orientar, apoiar, reforçar e corrigir as ações do educando. Já a avaliação somativa é pontual, normalmente ocorrendo ao final de um período, determinando o alcance ou não dos objetivos pré-estabelecidos através de um balanço somatório (Gil, 2018).

As falas indicam a utilização de avaliações somativas e formativas nas unidades-caso. A somativa ocorria por intermédio de um instrumento estruturado, aplicado semestralmente na unidade-caso A e bimestralmente na B.

[...] ficha estruturada pelo COREMU [...] tem toda a questão da parte teórica [...], a parte prática e algumas questões pessoais [...], onde a gente vai dar nota para cada um dos itens avaliados (E1B).

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

Avaliado sistematicamente [...], no primeiro mês se conversa [...], além de qualquer coisa que aconteça no dia-a-dia, tem que ser chamado [...] naquele momento para ser conversado sobre o que está acontecendo, [...] na troca de campo [...] no final desses três meses [...] eu tenho que dar um retorno para esse residente e fazer um plano de ação, nem que seja só verbal (E2A).

#### *Atividades extrapraxis*

Esta subcategoria surgiu predominantemente das falas dos preceptores da unidade-caso A, devido ao envolvimento com as atividades teóricas deste Programa.

Conforme as normativas vigentes, as estratégias educacionais teóricas são “*aquelas cuja aprendizagem se desenvolve por meio de estudos individuais e em grupo, em que o Profissional da Saúde Residente conta, formalmente, com orientação do corpo docente assistencial e convidados*” (Resolução CNRMS nº 05, 2014, p. 34).

O corpo docente assistencial é composto por preceptores, tutores e docentes<sup>3</sup>. Aos tutores compete “*a orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas*” (Resolução CNRMS nº 02, 2012, p. 25). Os docentes, vinculados às instituições formadoras e executoras da RMS, “*são profissionais que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas*” (Resolução CNRMS nº 02, 2012, p. 25). Sendo assim, estes atores teriam uma maior responsabilização pelas atividades teóricas, diferentemente do preceptor, que deve “*orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente*” (Resolução CNRMS nº 02, 2012, p. 25). Esta característica provavelmente tenha relação com o fato da unidade-caso A ser concomitantemente instituição formadora e executora da RMS.

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

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

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

### ***Categoria 3 – Aspectos relevantes da preceptoría***

#### *Negativos*

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

[...] faço minha carga horária de assistência plena, como qualquer colega na UTI, só que também tenho a residência e [...] as atividades teóricas, que obrigatoriamente estou fora da assistência, mas que eu não recebo nenhuma cobertura [...] ninguém vai estar no meu lugar [...], acho que há uma dicotomia, uma separação muito grande [...] falta entendimento de como as coisas se cruzam (E1A).

A maior de todas é a questão do horário, do tempo, [...] a gente assume muita coisa e não deixa de fazer o que estava fazendo então, ou tu te sobrecarrega, ou tu vai acabar gerando mais demanda para o teu colega (E3A).

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

A gente continua fazendo a mesma coisa, [...] faz plantão, faz todas as tuas atividades, dá os treinamentos, é cobrado igual, só que daí tu tem que conseguir se ajustar para ter tempo para elas, isso é o mais difícil [...], vou fazendo as minhas demandas e acabo ficando aqui depois do trabalho, para dar conta de tudo (E3B).

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

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

### *Positivos*

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

[...] qualquer profissional que venha assumir a preceptoria de uma residência [...] obrigatoriamente vai ter que ser um profissional mais atualizado, porque os residentes estimulam isso no preceptor [...], normalmente eles são questionadores, argumentativos, eles leem bastante, querem se atualizar e a pessoa que ocupa essa função vai ter que acompanhar (E6A).

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

[...] esse processo de formação não acontece só para o residente, ele acaba motivando as pessoas que estão à volta, [...] acaba promovendo de certa forma a melhoria da qualidade assistencial, a capacitação dos próprios membros da equipe (E1A).

Nesse contexto, a inserção das Residências nos serviços pode ser estratégica na desestabilização das práticas estagnadas (Ministério da Saúde, 2006). A convivência dos trabalhadores com os residentes pode contribuir para a construção de novos conhecimentos, através da problematização de seus processos de trabalho nestes serviços (Ferreira & Olschowsky, 2009).

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

A satisfação pessoal [...], porque o residente te dá um retorno muito bom, [...] da importância que a gente tem para a formação deles (E2A).

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

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

### ***Categoria 4 – Sugestões para melhoria***

#### *Valorização do preceptor*

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

Por mais que a função primordial do preceptor seja a supervisão direta dos residentes no decorrer das atividades práticas (Resolução CNRMS nº 02, 2012), muitos foram os relatos

de sobrecarga de atividades e da necessidade de acréscimos de horas em suas jornadas de trabalho. A orientação de pesquisa, reuniões e encontros da RMS, organização e desenvolvimento de atividades teóricas e teórico-práticas acabavam acontecendo no contraturno e, quando ocorriam dentro do horário contratual do preceptor, o mesmo acabava se ausentando de suas funções assistenciais, pois não ocorria a cobertura de suas atividades por outro profissional do setor. Portanto, foi sugerida a criação de uma carga horária semanal específica para atividades que envolvam a RMS.

Se a gente conseguisse ter um tempo na nossa carga horária reservada para preceptoria [...] ia melhorar bastante (E3B).

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

[...] a questão financeira também seria importante, pela nossa dedicação, a partir do momento que [...] tu te dedica [...] quer algo que te beneficie [...] e a parte financeira também é importante (E7A).

Por mais que as unidades-caso estivessem ofertando cursos na área, a formação para preceptores com enfoque, principalmente, na fundamentação pedagógica voltada para a prática da preceptoria e nas questões organizacionais da RMS foi proposta pelos entrevistados.

### *Melhoria dos programas de RMS*

Nesta subcategoria houve pouco consenso entre os entrevistados e apenas o apoio pedagógico e a liberação de carga de trabalho foram comuns à maioria deles.

O apoio pedagógico foi sugerido por acreditarem que, através dele, poderiam melhorar seu papel educativo enquanto formadores em serviço.

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

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

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

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



[...] também precisava melhorar as orientações dos TCRs, eu entendo que orientação é produção intelectual e precisa ser remunerada (E1A).

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

#### **4. Considerações Finais**

Este estudo permitiu desvelar as vivências dos preceptores de dois programas de RMS na atenção ao paciente crítico, apreendendo parte da essência de como a preceptoria se mostra em seus cotidianos. Evidenciou-se consonância entre o processo de preceptoria em cada uma das unidades-caso avaliadas, na quase totalidade das variáveis pesquisadas.

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

#### **Referências**

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo: edição revista e ampliada*. São Paulo: Edições 70.

Batista, N. A. (2012). *Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas*. Caderno FNEPAS, v. 2, 25-28. Recuperado em 15 abril, 2007, de [http://www.sbfa.org.br/fnepas/artigos\\_caderno/v2/educacao\\_interprofissional.pdf](http://www.sbfa.org.br/fnepas/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf)

Fajardo, A. P., & Ceccim, R. B. (2010). O trabalho da preceptoria nos tempos de residência em área profissional da saúde. In Fajardo (org.). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde* (pp. 191-210). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Ferreira, S. R., & Olschowsky, A. (2009). Residência integrada em saúde: a interação entre as diferentes áreas de conhecimento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 20(1), 106-112. Recuperado em 10 abril, 2017, de <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8882/5196>

Garcia, M. A. A. (2001). Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de Saúde. *Interface, Botucatu*, 5(8), 89-100. Recuperado em 15 abril, 2017, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832001000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832001000100007)

Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). *Métodos de Pesquisa*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

Gil, A. C. (2018). *Didática do ensino superior* (2nd ed). São Paulo: Atlas.

Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 (2005). Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 01 julho, 2018, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm)

Meyer, D. E., Félix, J., & Vasconcelos, M. F. F. (2013). Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. *Interface, Botucatu*, 17 (47), 859-71.

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

Portaria Interministerial nº 16, de 22 de dezembro de 2014 (2014). Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/09, a Portaria Interministerial nº 1.320/10 e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/12, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Brasília, DF. Recuperado em 01 julho, 2018, de [ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2014/iels.dez.14/Iels244/U\\_PT-INTERM-MEC-MS-16\\_221214.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2014/iels.dez.14/Iels244/U_PT-INTERM-MEC-MS-16_221214.pdf)

Resolução CNRMS (Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde) nº 02, de 13 de abril de 2012 (2012). Dispõe sobre a transferência de profissionais da saúde residentes. Brasília, DF. Recuperado em 01 julho, 2018, de [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192)

Resolução CNRMS nº 05, de 07 de novembro de 2014 (2014). Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília, DF. Recuperado em 01 julho, 2018, de <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=276672>

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (2012). Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF. Recuperado em 10 março, 2016, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

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

Ribeiro, K. R. B., & Prado, M. L. (2013). A Prática Educativa dos Preceptores nas Residências em Saúde: um estudo de reflexão. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(04), 161-165.

Rodrigues, C. D. S., & Witt, R. R. (2013). Competencies for Preceptorship in the Brazilian Health Care System. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, USA, 44(11), 507-15.

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2009). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Recuperado em 10 abril, 2017, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf).

#### **Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Rafaela Milanesi - 40%

Rita Catalina Aquino Caregnato - 30%

Simone Travi Canabarro - 30%