Universidade do Minho
Escola de Medicina

Lucimara Alves de Souza

Avaliação de um programa de desenvolvimento em preceptoria

outubro de 2024

Avaliação de um programa dedesenvolvimento em preceptoria
Lucimara Alves de Souza
UMinho | 2024

Universidade do Minho
Escola de Medicina

Lucimara Alves de Souza

Avaliação de um programa de desenvolvimento em preceptoria

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Avaliação Aplicada à Formação nas Profissões da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor João José Fernandes Cardoso Araújo Cerqueira

outubro de 2024

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.



Atribuição-Não Comercial-Sem Derivações

CC BY-NC-ND

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

AGRADECIMENTOS

À professora Profa. Rosa Malena Delbone que incentivou e viabilizou a concretização deste sonho, sou imensamente grata.

À Santa Casa BH que proporcionou as condições para a realização deste mestrado, expresso meu reconhecimento.

Ao Prof. João Cerqueira, meu orientador, agradeço por sua orientação cuidadosa, paciência e direcionamento ao longo deste processo.

À Profa. Suelen Rosa de Oliveira, pelas suas orientações, sua disponibilidade, paciência e pela maneira como me apoiou nessa jornada.

Ao Prof. Nuno Sousa que fez toda a diferença nesta jornada acadêmica. Seu acolhimento, orientação e suporte foram fundamentais para o meu crescimento e desenvolvimento ao longo deste mestrado.

Aos demais professores do mestrado, meu agradecimento pela partilha de conhecimento e pelos ensinamentos.

Aos meus colegas do MAPS, pela troca de experiências, pelo companheirismo e pelo apoio ao longo dessa jornada desafiadora.

Ao meu pai, José, que mesmo não estando fisicamente presente, foi e sempre será uma inspiração em minha vida. Seu exemplo, sua crença inabalável no poder transformador da educação e seu legado de determinação foram a luz que guiou meus passos nesta caminhada.

À minha mãe, Geralda, por sua força e pelas orações que foram um alicerce, sustentando-me nos momentos desafiadores.

Ao meu esposo, Alexandre, por compartilhar das minhas alegrias e desafios. Seu apoio incondicional e compreensão foram fundamentais para que eu alcançasse este objetivo. Aos nossos filhos, Beatriz e Tomaz, expresso minha gratidão por compreenderem os momentos que precisei me dedicar aos estudos.

Aos meus colegas de trabalho, à minha família e a todos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste trabalho.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mas declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Avaliação de um programa de desenvolvimento em preceptoria

RESUMO

Um programa de desenvolvimento em preceptoria consiste em um curso ou conjunto de atividades estrategicamente planejadas para promover o desenvolvimento de profissionais de saúde preparando-os para desempenhar o papel de preceptores. Visando avaliar a contribuição do "Módulo Básico" de um programa de desenvolvimento em preceptoria para a formação de preceptores de um hospital de grande porte do Brasil, este estudo buscou compreender a percepção dos preceptores do impacto do Programa de Desenvolvimento em Preceptoria - PRODEP sobre a aquisição de competências docentes, a identificação das potencialidades e desafios de um programa de desenvolvimento voltado para a preceptoria e a percepção dos preceptores sobre o impacto do curso em seu comportamento, ocasionando mudança na prática da preceptoria. A avaliação foi baseada no modelo de Kirkpatrick, que considera quatro níveis: reação, aprendizado, comportamento e resultados. Para isso, a pesquisa fundamentou-se na descrição do contexto e dos sujeitos envolvidos e considerando os propósitos e as características do tema em estudo, o método de pesquisa adotado foi de caráter misto, qualitativo e quantitativo. Numa primeira fase procurou-se quantificar, através de questionários estruturados com perguntas cuja resposta era uma escala de Likert (1 a 5), as impressões dos participantes acerca do curso e da aprendizagem. Na segunda fase, foram utilizados métodos qualitativos para explorar os motivos e o significado daquelas avaliações e compreender melhor os processos e práticas avaliados. O cenário da pesquisa foi o Hospital Santa Casa de Belo Horizonte e envolveu os profissionais que concluíram o PRODEP, nos anos de 2019 e de 2022, e atuam na preceptoria de profissionais de saúde em formação. Sobre o procedimento de coleta de dados foram utilizados questionário e entrevista semiestruturada. Para análise das entrevistas, optou-se pela utilização da técnica de análise de conteúdo, especificamente a sua modalidade de análise temática. Da análise emergiram três categorias empíricas: "Pertinência e metodologia do curso"; "Papel de educador" e "Mudança na prática da preceptoria".

A pesquisa conclui que o PRODEP influenciou positivamente a prática dos preceptores, evidenciando a importância de programas de desenvolvimento em preceptoria na educação na saúde.

Palavras-chave: Desenvolvimento docente, educação permanente; preceptoria.

Evaluation of a preceptorship development program

ABSTRACT

A preceptorship development program consists of a course or set of strategically planned activities to promote the development of health professionals preparing them to play the role of preceptors. Aiming to evaluate the contribution of the "Basic Module" of a preceptorship development program to the training of preceptors in a large hospital in Brazil, this study sought to understand preceptors' perception of the impact of Preceptorship Development Program - PRODEP o the acquisition of teaching skills. the identification of the potentialities and challenges of a development program aimed at preceptorship and the preceptors' perception of the impact of the course on their behavior. causing changes in the practice of preceptorship. The evaluation was based on the Kirkpatrick model, which considers four levels: reaction, learning, behavior and results. For this, the research was based on the description of the context and the subjects involved and considering the purposes and characteristics of the topic under study, the research method adopted was of a mixed, qualitative and quantitative nature. The first phase sought to quantify, through structured questionnaires with questions whose answers were on a Likert scale, the participants' impressions about the course and learning. In the second phase, qualitative methods were used to explore the reasons and meaning of those evaluations and better understand the processes and practices evaluated. The research setting was Hospital Santa Casa de Belo Horizonte and involved professional who completed the PRODEP, in 2019 and 2022, and work in preceptorship of health professional in training. Regarding the data collection procedure, the questionnaire and semi-structured interview were used. To analyze the interviews, we chose to use the content analysis technique, specifically its thematic analysis modality. Three empirical categories emerged from the analysis: "Relevance and methodology of the course"; "Role of educator" and "Change in the practice of preceptorship".

The research concludes that PRODEP positively influenced the practice of preceptors, highlighting the importance of preceptorship development programs in health education.

Keywords: Continuing education; preceptorship; teacher development.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO 1

1.1 Desvendando a preceptoria na saúde: origens e desafios contemporâneos 6

1.2 Os programas de residência 9

1.2.1 Residência médica no Brasil 10

1.2.2 Residência multiprofissional no Brasil 14

1.3 Educação na saúde: abordagens pedagógicas e desenvolvimento profissional 16

2 OBJETIVOS 22

2.1. Objetivo geral 22

2.2 Objetivos específicos 22

3 METODOLOGIA 23

3.1 Local de estudo 23

3.1.1 A organização do PRODEP 24

3.2 Os participantes da pesquisa 27

3.3 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados 28

3.4 Análise dos dados 30

4 RESULTADOS 33

4.1 Perfil dos participantes 33

4.2 Resultados das avaliações do PRODEP 37

4.3 Percepção dos preceptores sobre o PRODEP e a sua contribuição na prática da preceptoria. 40

4.3.1 Percepções acerca da pertinência e metodologia do curso 40

4.3.1.1 Reflexões sobre o curso 40

4.3.1.2 Metodologia adotada no curso 41

4.3.1.3 Sugestões e desafios 42

4.3.2 O papel de educador 44

4.3.2.1 Reflexão sobre a prática 44

4.3.2.2 Reflexão sobre o papel de educador 44

4.3.3 Mudança na prática da preceptoria após a realização do PRODEP 46

4.3.3.1 Aplicação de estratégias pedagógicas 46

4.3.3.2 Relacionamento com os residentes/especializandos 47

4.3.3.3 Avaliação dos residentes/especializandos 48

5 DISCUSSÃO 50

6 CONCLUSÃO 54

REFERÊNCIAS 55

APÊNDICES 61

ANEXO 71

LISTA DE ABREVIAÇÕES

CEREM	Comissão Estadual de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional
Coreme	Comissão de Residência Médica
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde
EPAs	*Entrustable Professional Activities*
FAIMER	*Foundation for Advancement of International Medical Education and Research*
FSCBH	Faculdade Santa Casa BH
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NDAE	Núcleo Docente-Assistencial Estruturante
NEDUC	Núcleo de Estudos e Desenvolvimento em Educação na Saúde da Faculdade Santa Casa de Belo Horizonte
NPS	*Net Promoter Score*
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDI	Plano de Desenvolvimento Institucional
PRODEP	Programa de Desenvolvimento em Preceptoria
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de resultados educacionais de Kirkpatrick 5
Figura 2 - Hierarquia de regulação, supervisão e avaliação da Residência Médica no Brasil. 13
Figura 3 - Dimensões da Residência Médica - Política e Educativa 14
Figura 4 - *Net Promoter Scor*e 38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparação das duas edições do PRODEP 27
Tabela 2 - PRODEP por ano e formação 28
Tabela 3 - Analisando os dados.....32
Tabela 4 - Avaliação de reação PRODEP 2019 37
Tabela 5 - Resultado do NPS por encontro - PRODEP 2022 38
Tabela 6 - Pesquisa retrospectiva pós-pré.....39

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Ano de conclusão do PRODEP.....33
Gráfico 2 - Faixa etária.....34
Gráfico 3 - Tempo de formação (anos) 35
Gráfico 4 - Tempo de experiência na preceptoria (anos) 35
Gráfico 5 - Área de graduação dos preceptores 36
Gráfico 6 - Área de ensino de atuação do preceptor.....37

1 INTRODUÇÃO

Um programa de formação em preceptoria é um curso ou conjunto de atividades planejadas para o desenvolvimento de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas e outros, para atuarem como preceptores. Esses programas de formação visam desenvolver competências específicas para o papel de preceptor na supervisão, acompanhamento e orientação de aprendizes. Segundo Sheets e Schwenk (1990), estes apresentam como meta ajudar os professores e demais profissionais da educação a aprimorar habilidades essenciais para a instituição, adequadas à posição que ocupam e garantindo sua força tanto no momento atual quanto no futuro.

A preceptoria, no contexto da formação em saúde, desempenha um papel crucial na transição dos estudantes para profissionais competentes e éticos. Conforme definição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional - CNRMS "o preceptor atua na supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos discentes nos serviços de saúde onde se desenvolve a preceptoria, a qual é exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista" (Resolução nº 2, 2012).

A necessidade de programas de desenvolvimento em preceptoria tornou-se cada vez mais evidente tanto no Brasil quanto em nível global, apoiando-se a importância do aprimoramento constante das competências dos preceptores para a educação em saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em publicação de 2013, emite suas primeiras diretrizes para "Transformar e ampliar a educação e o treinamento dos profissionais de saúde" descrevendo que os profissionais em atuação normalmente têm competências clínicas e científicas adequadas, mas raramente têm a preparação pedagógica (comunicação, princípios de aprendizagem de adultos, uso de novas tecnologias da informação, etc.) necessária para funcionar no ambiente em transformação. O desenvolvimento do corpo docente é, portanto, importante para garantir que professores e preceptores estejam bem preparados para assumir suas responsabilidades como educadores. (WHO, 2013)

Na mesma publicação, o desenvolvimento do corpo docente é definido como um programa planejado de eventos destinados a preparar indivíduos para seus papéis como professores, clínicos, pesquisadores e administradores com o objetivo de permitir que a instituição atinja seus objetivos, visão e missão, e suas responsabilidades sociais e morais para com as comunidades. (WHO, 2013; Frenk, *et al.*, 2010).

No contexto internacional, a "*Foundation for Advancement of International Medical Education and Research*" (FAIMER) emergiu como uma referência na promoção do desenvolvimento profissional.

"Em 2000, a *Educational Commision for Foregin Medical Graduates* (ECFMG®), localizada na Filadélfia, Pensilvânia (EUA), criou a "*The Foundation for Advancement of International Medical Education and Research*" (FAIMER) com a intenção de colaborar com a melhoria da saúde global através da melhoria da formação dos profissionais de saúde. A FAIMER concentra seus esforços nas regiões de desenvolvimento do sul da Ásia, África e América Latina, e foca em três estratégias principais: "desenvolvimento docente, pesquisas específicas sobre políticas e práticas de formação de recursos humanos e desenvolvimento de bases de dados que auxiliam na qualificação da tomada de decisões em educação" (FAIMER, 2023). É oferecido um programa de desenvolvimento docente de dois anos para educadores de profissões da saúde, com o objetivo de construir liderança na educação para melhorar a saúde. (Amaral *et al.*, 2012).

No cenário brasileiro, iniciativas como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde), promovido pelo Ministério da Saúde, investiu na reorientação da formação para atender às demandas do SUS por profissionais de saúde com formação mais humanista, socialmente comprometida, orientada ao conceito ampliado de saúde, com foco na atenção primária (Ferreira *et al.*, 2012). O PRÓ-Saúde foi baseado em três eixos: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica (Ministério da Educação, 2007). Nesse mesmo contexto, em 2008, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) foi estabelecido com o objetivo de facilitar a capacitação, especialização no ambiente de trabalho, introdução às práticas profissionais, avanços e imersões. Este programa foi direcionado a profissionais, estudantes da área da saúde e usuários dos serviços de saúde, alinhando-se às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, desempenhando um papel significativo na capacitação de preceptores, buscando integrar teoria e prática para aprimorar a formação dos estudantes em saúde e a integração ensino-serviço-comunidade (Ministério da Saúde, 2010a).

No âmbito das instituições de ensino, segundo Rodrigues (2020), a mais antiga estratégia identificada parece ser o Curso de Formação Pedagógica para Preceptores do Internato Médico da UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro, iniciado em 2006. É um curso que utiliza uma plataforma semipresencial e a distância, centrada nos eixos educação, trabalho e saúde, com módulos distribuídos ao longo de um mês. A partir de 2011, o curso ampliou sua abordagem para incluir profissionais de diversas áreas da saúde, indo além do âmbito exclusivo de seu hospital universitário. Posteriormente, outras instituições implementaram programas semelhantes, incluindo, em 2019, a Santa Casa de Belo Horizonte, cujo Programa de Desenvolvimento em Preceptoria (PRODEP) que será analisado na presente tese.

A avaliação de um programa educacional de desenvolvimento docente/preceptor é extremamente importante. Com efeito, tal como destacado por Nóvoa (1995): "a formação não se constrói por acumulação (de cursos, de conhecimentos ou de técnicas), mas, sim, através de uma reflexividade crítica sobre as práticas e de (re)construção permanente de uma identidade pessoal".

Tradicionalmente, a avaliação dos programas de desenvolvimento de professores tem seguido uma abordagem linear, na qual os participantes são impactados positivamente pelas atividades oferecidas, influenciando, por sua vez, o processo de ensino-aprendizagem dos aprendizes, refletindo-se diretamente na prestação de cuidados aos pacientes e na assistência à saúde de modo geral (Lieff, 2010; O'sullivan & Irby, 2011). Na atualidade, os programas de desenvolvimento de docentes/preceptores estão seguindo uma tendência que se afasta do foco exclusivo no aprendizado individual do professor. Em vez disso, estão se expandindo para incluir o engajamento dos profissionais diretamente envolvidos no processo de ensino-aprendizagem nos contextos práticos em que ocorrem (O'sullivan & Irby, 2011).

Essa abordagem centraliza a observação do ensino-aprendizagem em contextos reais, buscando identificar oportunidades de aprimoramento das habilidades e competências dos docentes nesses cenários específicos (Baker *et al.*, 2018; O'sullivan & Irby, 2011).

Barr *et al.*, (2000) fizeram uma revisão crítica das avaliações da educação interprofissional. No estudo foram examinadas diversas avaliações de programas educacionais interprofissionais. Barr e sua equipe destacam a necessidade de uma abordagem crítica na avaliação desses programas, considerando não apenas os resultados imediatos, mas também os efeitos a longo prazo nas práticas profissionais e nos resultados dos cuidados de saúde, ressaltando ainda a complexidade da avaliação desses programas. Destaca-se ainda que na análise realizada houve predomínio de estudos baseados em dados quantitativos e de interpretação limitada, ressaltando a necessidade de mais estudos interpretativos e críticos (Barr *et al.*, 2000).

Dos diversos modelos de avaliação de programas educacionais e desenvolvimento docente descritos na literatura, o modelo proposto por Don Kirpatrick na década de 1950 é uma das ferramentas mais utilizadas e possui uma organização estrutural, representada em quatro níveis de avaliação (Kirkpatrick; Kirkpatrick, 2006):

1) Reação - Avalia as opiniões imediatas dos participantes sobre o treinamento. A reação do treinamento é avaliada com base no objetivo atingido ou não, relevância do conteúdo do treinamento, o material didático utilizado, a carga horária, seus instrutores e os recursos

utilizados de maneira a oferecer informações valiosas aos responsáveis pelos treinamentos, a fim de melhorar suas próximas realizações.

2) Aprendizado - Analisa o conhecimento, as habilidades e as atitudes adquiridas durante o treinamento. Papel importante de verificar se os conhecimentos oferecidos no treinamento foram de fato absorvidos, se houve melhorias nas habilidades dos participantes e se suas atitudes foram modificadas em função do conteúdo apresentado. Para Kirkpatrick, pelo menos um desses quesitos (conhecimentos, habilidades e atitudes) deve ser modificado para que a mudança de comportamento do participante no trabalho realmente aconteça.
3) Comportamento - Verifica a aplicação prática do aprendizado no ambiente de trabalho. Esse nível de avaliação busca respostas para o que acontece depois que os participantes deixam as salas de aula e voltam a seus trabalhos. Ou seja, verifica se o participante, de volta ao seu posto de trabalho, coloca em prática o conteúdo aprendido.
4) Resultados - Avalia os impactos finais do treinamento, como melhorias no desempenho organizacional, aumento da eficiência ou outros resultados tangíveis. Verifica se a aplicação do conteúdo no trabalho foi capaz de causar impactos positivos no resultado da organização. O nível de avaliação de resultados, segundo Kirkpatrick, é o mais importante e o mais difícil de realizar. Avaliar os resultados significa apurar que mudanças ocorreram nas organizações.

No estudo realizado por Barr *et al.*, (2000), foi reconhecido o valor do modelo de Kirkpatrick para resumir os resultados educacionais.

Figura 1 - Modelo de resultados educacionais de Kirkpatrick

1 reação	Para a experiência educacional
2 Aprendizagem	Principalmente conceituado como a aquisição de habilidades e conhecimentos
3 Mudança de comportamento	Focado em saber se os participantes agora fazem as coisas de maneira diferente e na aplicação do aprendizado à prática.
4 resultados	Particularmente em relação aos resultados pretendidos.

Fonte: Traduzido de Barr *et al.*, (2000)

Kirkpatrick e Kirkpatrick (2016), reforçam que a avaliação no modelo Kirkpatrick não é apenas sobre análises e métricas. É mais sobre o espírito humano por trás das medidas e a necessidade de uma interface humana consistente ao longo do caminho e o quanto deve estar presente em todas as fases do treinamento e desenvolvimento.

Com uma sólida experiência em planejamento educacional na área de formação das profissões da saúde, minha trajetória profissional tem sido um catalisador para meu interesse contínuo na avaliação do desenvolvimento docente/preceptor no âmbito do ensino superior. Em vista disso, este estudo tem como propósito avaliar a contribuição do Programa de Desenvolvimento em Preceptoria (PRODEP), de acordo com os níveis de *Kirkpatrick*, considerando as turmas que concluíram o curso - 2019 e 2022 - em um hospital de ensino no Brasil.

Para fins deste estudo, o preceptor é considerado como o profissional que colabora com aprendizes em diferentes níveis de formação (graduandos ou pós graduandos) no desenvolvimento de competências específicas dentro de sua área, independentemente de possuir ou não o título de professor. A função de preceptoria é fundamentalmente educativa, pois o preceptor se envolve em atividades que capacitam futuros profissionais para a prática, muitas vezes integrando elementos teóricos nessas interações. Portanto, os termos “preceptor” e “docente” poderão ser utilizados de forma intercambiável, com o mesmo significado.

1.1 Desvendando a preceptoria na saúde: origens e desafios contemporâneos

A figura do preceptor é reconhecida historicamente. Desde os tempos mais antigos, nas comunidades tribais primordiais, os indivíduos aspirantes à função de pajé eram escolhidos meticulosamente e submetidos a um treinamento especializado. A transmissão sobre a arte da cura, à semelhança do aprendizado de muitas outras profissões, se iniciou de maneira informal, por meio de um treinamento profissional orientado por um prático (Macedo,1999; Mattos, 1997& Botti & Rego, 2008).

A palavra preceptor vem do latim *praecipio,* "mandar com império aos que lhe são inferiores". Era aplicada aos mestres das ordens militares, mas, desde o século XVI (já aparece com este sentido em 1540) é usada para designar aquele que dá preceitos ou instruções, educador, mentor, instrutor. Mais tarde, passou a identificar alguém que educa uma criança ou um jovem, geralmente na casa do educando (Botti & Rego, 2008).

O termo preceptor refere-se ao indivíduo que fornece orientações e instruções. É, portanto, aquele profissional que pauta seu ensino no compartilhamento de experiências com o objetivo de melhorar a competência clínica e ajudar o profissional em formação a se adaptar ao cotidiano da profissão (Botti, 2012). De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, a preceptoria consiste na supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, que exerça atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos estudantes, em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão (Portaria n. 1.111/GM, 2005).

Na literatura, encontram-se diferentes funções para o preceptor, sendo essenciais as de orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que melhorem a competência clínica e ajudem o graduando e o recém-graduado a se adaptar ao exercício da profissão (Stewart & Krueger, 1996; Botti, 2012).

Botti, (2012) destaca que a principal é: “ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas.” Nesse sentido, o preceptor se preocupa principalmente com a competência clínica e com os aspectos de ensino-aprendizagem do desenvolvimento profissional, favorecendo a aquisição de competências pelos aprendizes, em situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho. É importante lembrar, ainda, que as avaliações formais fazem parte também da preceptoria (Botti, 2012; Armitage & Burnard 1991; Ricer., 1998; & Stuart-Siddal & Haberlin, 1985).

É uma função que atualmente cresce em importância, considerando o ambiente de trabalho em constante mudança, exigindo que os novos profissionais se adaptem constantemente, muitas vezes enfrentando desafios na reconfiguração de sua percepção desse cenário e no aproveitamento dos conhecimentos adquiridos durante a graduação (Botti, 2012). Neste contexto, cabe ao preceptor a responsabilidade de reduzir a lacuna entre a teoria e a prática (Botti, 2012; Bain, 1996 & Armitage & Burnard, 1991).

As escolhas dos profissionais para atuarem como preceptores, geralmente, se baseiam nos méritos profissionais, o que significa que nem sempre os designados para essa função possuem preparo pedagógico para o processo de ensino-aprendizagem. Desse modo, na área médica, por exemplo, um bom professor seria um médico com boa reputação em sua especialidade, não importando sua competência como docente (Marins, 2011).

Rocha e Ribeiro (2012) destacam, entretanto, que esse foco está mudando. O docente, seja ele um preceptor na área médica ou não, desempenha o papel crucial de não apenas transmitir conhecimento, mas também de ser um facilitador ativo da aprendizagem. Isso implica dominar estratégias de ensino ativas, explorar tecnologias educacionais e adotar uma abordagem de avaliação que não apenas motive o aprendiz, mas também seja um indicador da competência docente no processo de aprendizagem.

No exercício da preceptoria, o profissional precisa ter domínio não apenas do conhecimento clínico, mas ser capaz de transformar a vivência do campo profissional em experiências de aprendizagem, associado ao conhecimento pedagógico (Ribeiro; Prado, 2014). Cabe ao preceptor não apenas desenvolver práticas que favoreçam o aprendizado, mas também proporcionar um clima de segurança para que os aprendizes possuam um aprendizado profundo e desenvolvam competências necessárias para a atuação profissional. Destaca-se a necessidade de preparação do preceptor para assumir a formação de profissionais devidamente capacitados para atender às necessidades da área da saúde e atendimento à população. O desenvolvimento das competências em preceptoria é fundamental para preparar e auxiliar os preceptores na realização das práticas de ensino em serviço.

Ensinar envolve uma relação dialógica entre professor e aluno, onde ambos são ativos no processo educacional. Assim, ensinar significa criar oportunidades para que o aprendiz desenvolva sua capacidade de pensar criticamente, questionar, analisar e interpretar o mundo ao seu redor. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Ensinar inexiste sem aprender e vice-versa (Freire, 2009).

Paula (2019) fez a revisão de 55 estudos sobre o papel do preceptor na formação profissional no contexto do SUS e destaca diversos pontos-chave: a emergência do preceptor como figura fundamental na reorientação do modelo de formação; sua função de acompanhar, supervisionar e ensinar os estudantes com base na realidade dos serviços; a necessidade de definir melhor seu papel e criar diálogo entre preceptores e instituições de ensino para fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade. A demanda por capacitação pedagógica dos preceptores é destacada, juntamente com desafios como falta de preparação pedagógica e infraestrutura tecnológica. Reconhece-se o papel crucial dos preceptores na formação dos profissionais de saúde, valorizando sua atuação e institucionalizando seu papel. Destaca-se que a preceptoria humaniza as relações, aproxima estudantes, profissionais e usuários dos serviços e promove uma formação crítica-reflexiva dos profissionais de saúde, refletindo na qualidade da assistência prestada.

O autor Fajardo (2011) em uma pesquisa realizada com preceptores de um programa de residência em área profissional da saúde, identificou quatro categorias para classificar as atividades por eles desempenhadas: administrativas, assistenciais, docentes e institucionais.

Dependendo da área e do contexto de aprendizagem, a relação do preceptor pode variar bastante. Alguns atuam com estudantes de graduação e residentes, outros apenas com residentes. Alguns são especificamente contratados como preceptores, enquanto outros têm vínculos assistenciais e também desempenham essa função. Na medicina, preceptores, internos e residentes estão integrados organicamente no trabalho, seja na enfermaria, ambulatório ou emergência. Para outras áreas da saúde, a inserção varia. Essa distinção é crucial, já que afeta a forma como estudantes e profissionais da saúde vivenciam a aprendizagem nos serviços de saúde. Feuerwerker (2011), destaca que, “para os médicos, esse lugar da preceptoria é construído dentro da conformação das especialidades. No entanto, não acontece o mesmo com as outras profissões da saúde. A preceptoria é novidade, é uma coisa a mais, por fora da construção do itinerário da carreira profissional, e se mostra com características distintas.”

Feuerwerker (2011) destaca ainda que a mediação desempenhada pelo preceptor é fundamental para criar atividades relevantes que beneficiem tanto os estudantes quanto as unidades de saúde. A tensão entre as responsabilidades assistenciais e docentes varia de acordo com a familiaridade do preceptor com essas funções. Quando o preceptor é um professor ou foi designado especificamente para o papel, mas não faz parte da equipe da unidade, os desafios envolvem estabelecer relações com a equipe e colaborar de maneira integrada. Essas tensões são inerentes ao papel do preceptor e variam de acordo com os arranjos e profissões envolvidas.

1.2 Os programas de residência

Quando se fala em residência, naturalmente pode-se pensar em uma definição mais próxima daquilo que é familiar, associando-a a um lugar de habitação, ao invés de uma forma de educação. Porém, a palavra Residência possui diversos significados. Nos dicionários da língua portuguesa, entre outras definições, encontra-se casa ou lugar onde se reside, no sentido de moradia. A origem da modalidade de ensino denominada Residência está ligada ao significado de moradia, pois, historicamente, um dos requisitos básicos aos candidatos desse tipo de curso era o de residir na instituição onde se desenvolvia o programa de formação em serviço (Ministério da Saúde, 2010b).

Atualmente, os programas de Residência não exigem que os residentes morem no local do curso, mas ainda é um critério requerido que se dedique integralmente. Isso mantém a ideia de que a aprendizagem do residente deve ocorrer principalmente na instituição de saúde que oferece esse tipo de ensino (Ministério da Saúde, 2010b).

Os programas de residência/especialização em saúde consistem em formação *lato sensu* fundamentados na educação no trabalho e o processo de ensino-aprendizagem acontece no serviço, articulando teoria e prática. Nesse contexto, o preceptor e o residente compartilham o ensinar e aprender, a partir da troca de experiências, reflexões sobre a prática e (re) construção do conhecimento em cenários reais da atenção à saúde (Ribeiro; Prado, 2014). É um modelo educacional, no qual os aprendizes aprofundam conhecimentos e melhoram habilidades e atitudes; ou seja, desenvolvem competências específicas para um melhor cuidado. O treinamento em serviço articula ensino e aprendizagem de forma coesa. (Michel *et al.*, 2011).

A implementação da Residência Médica como um método de formação de profissionais na área médica teve origem nos Estados Unidos durante meados do século XIX. Em 1848, o Conselho de Hospitais e Ensino Médico da Associação Médica Americana expressou, por meio de uma resolução, seu apoio a um sistema de instrução médica centrado no ensino clínico e na utilização da infraestrutura hospitalar para a formação. Esse momento marcou o início de uma abordagem inovadora na capacitação de recursos humanos na área médica, enfatizando o ensino prático em ambiente hospitalar e o desenvolvimento profissional através do treinamento em serviço. (Michel *et al.*, 2011; Feuerwerker, 1997).

O modelo de residência médica rapidamente se disseminou para outros hospitais nos Estados Unidos e, posteriormente, para outros países ao redor do mundo. Esse sistema ofereceu uma

oportunidade para médicos recém-formados aprimorarem suas habilidades clínicas, adquirirem experiência prática e se especializarem em uma área específica da medicina.

Ao longo do tempo o conceito de residência médica evoluiu, adaptando-se às mudanças nas práticas médicas, nos avanços tecnológicos e nas demandas da sociedade. No final do século XX, muitos países já haviam estabelecido sistemas formais de residência médica em diversas especialidades, expandindo o modelo também para outras áreas profissionais e organizações de saúde desempenhando um papel importante na padronização e regulamentação desses programas.

1.2.1 Residência médica no Brasil

No Brasil, a Residência Médica iniciou, influenciada pelo modelo americano, que priorizava o treinamento técnico em hospitais, refletindo a clínica tradicional predominante na área da Saúde (Ministério da Saúde, 2010b). A implantação aconteceu quase simultaneamente no Rio de Janeiro e em São Paulo. O primeiro programa oficial ocorreu no Departamento de Ortopedia da USP em 1944, seguido por um programa no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1948 (Michel *et al.*, 2011; Feuerwerker,1997).

Inicialmente, a residência não era considerada necessária para a formação profissional, era vista como um caminho de exceção e restrito a hospitais públicos tradicionais ou restritos a universidades públicas. A maioria dos graduados em medicina seguia um modelo profissional liberal, trabalhando em consultório próprio, com apenas cerca de 10% optando pela residência. Na década seguinte, a residência médica ganhou mais adesão entre os graduados, visto como uma especialização necessária para o aprimoramento profissional. O estágio hospitalar (internato) tornou-se obrigatório na formação médica. Além disso, houve uma expansão dos programas de residência para instituições privadas (Botti, 2009).

A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) foi criada em 5 de setembro de 1977, pelo decreto presidencial 80.281, com o objetivo de regulamentar essa modalidade de ensino no País, atendendo à demanda dos médicos residentes que organizavam um movimento nacional. Esse marco regulamenta a residência médica não apenas como um aspecto educacional, mas também como uma questão social e de trabalho. A criação da CNRM iniciou um período de elaboração intensa de normas e regulamentações sobre os aspectos sociais, de trabalho e de ensino da residência médica (Botti, 2009).

Nos anos 70, o país testemunhou dois movimentos significativos: por um lado, na esfera educacional, a disseminação da abordagem de alfabetização de adultos promovida por Paulo Freire, enfatizando-a como um processo de conscientização, engajamento histórico, transformação da realidade e emancipação. Por outro lado, na área da Saúde, emergiu o movimento da Reforma Sanitária. Resultou na promulgação da Constituição de 1988, que consagrou a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, atribuindo ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade pela organização da formação de profissionais de saúde (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988; Medeiros, 2015).

Os acontecimentos da Reforma Sanitária Brasileira, Constituição de 1988, criação do SUS em 1990, dentre outros, provocaram impactos na formação profissional em saúde. Destaca-se a necessidade de reformulação das práticas de saúde, promovendo a integralidade do cuidado, a horizontalidade nas relações e a autonomia dos indivíduos na construção de seus projetos terapêuticos. Esse movimento desloca o poder dos profissionais de saúde, buscando práticas mais colaborativas e dialógicas entre usuários, equipes de saúde e serviços, rompendo com o modelo médico-centrado, intervencionista e medicamentoso. Assim, a abordagem no cuidado, além da cura, demanda novas competências profissionais (Pereira *et al*, 2018).

Há estudos que dividem a história da residência médica em dois períodos. O primeiro, que se estende de 1947-48 a 1977-78, abrange os primeiros programas de residência e a luta pela regulamentação dessa prática. O segundo período, de 1977-78 a 2007-08, é caracterizado pelo decreto e a formalização da residência médica (Michel *et al.*, 2011.

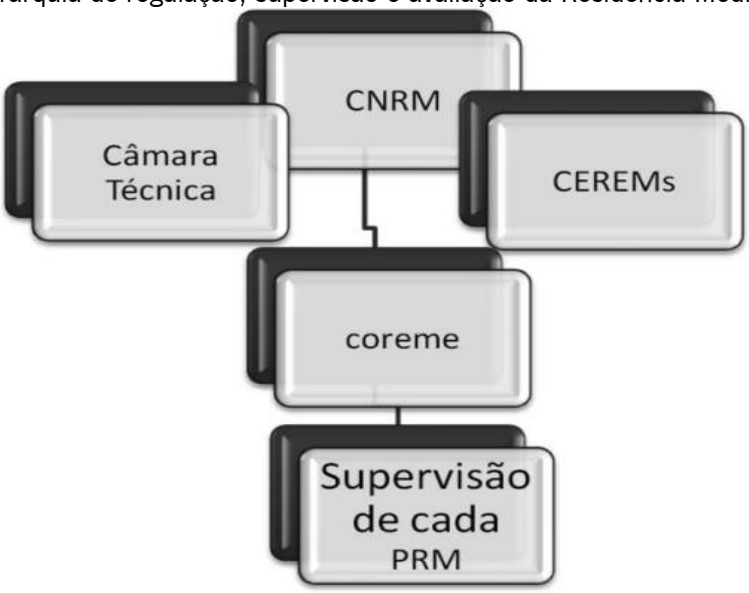
Outros estudos classificam a residência em quatro períodos distintos:

- Primeiro (até 1955): definição inicial e estabelecimento de programas com poucos graduados buscando essa formação.
- Segundo (1956 a 1971): expansão gradual dos programas, principalmente em instituições oficiais, acompanhando a procura crescente de médicos recém-formados.
- Terceiro (a partir de 1972): rápida expansão dos programas devido ao aumento no número de escolas médicas, levando à criação de residências de qualidade variada, algumas focadas em mão de obra médica de baixo custo.
- Quarto (iniciando em 1977): criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) para regulamentar a residência médica como modalidade de pós-graduação em nível nacional. (Sousa, 2021).

O principal marco legal da residência médica é a lei 6.932, de 7 de julho de 1981, proclamada após o decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, que regulamentou a residência médica e criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). A lei 6.932 "define a residência médica como modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, com a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional." Esta lei, por meio de seus artigos, estabelece as regras gerais de funcionamento da residência médica e assegura os direitos dos médicos residentes. Desde então, os programas de residência médica precisam ser oficialmente aprovados pela CNRM, após cumprir os requisitos atuais e oferecer uma bolsa de estudos com um valor mínimo estipulado por lei. O decreto 91.364, datado de 21 de junho de 1985, estabelece novos parâmetros para a composição e o funcionamento da CNRM, uma entidade consultiva vinculada à Secretaria de Ensino Superior (Sesu) do Ministério da Educação. (Michel *et al.*, 2011)

A Comissão Estadual de Residência Médica (cerem), subordinada à CNRM, foi criada a partir da resolução CNRM/Sesu/MEC nº 15, de 6 de abril de 1987, tendo como principal atribuição recepcionar e sindicar os assuntos de residência médica nos estados. Ela, portanto, facilita o trânsito de informações e o controle da residência médica. Idealmente, busca identificar as especificidades da formação médica especializada em cada unidade da federação. Nos locais de funcionamento dos programas, devem-se constituir as Comissões de Residência Médica (Coreme), formadas por representantes dos médicos residentes e dos supervisores dos programas. As Coreme representam a unidade institucional de controle e desenvolvimento da residência médica no sistema. As Coremes devem ter regimento próprio, porém desenhados e com funcionamento de acordo com as determinações da CNRM. (Michel *et al.*, 2011)

Figura 2 - Hierarquia de regulação, supervisão e avaliação da Residência Médica no Brasil.



Fonte: Nunes, (2011)

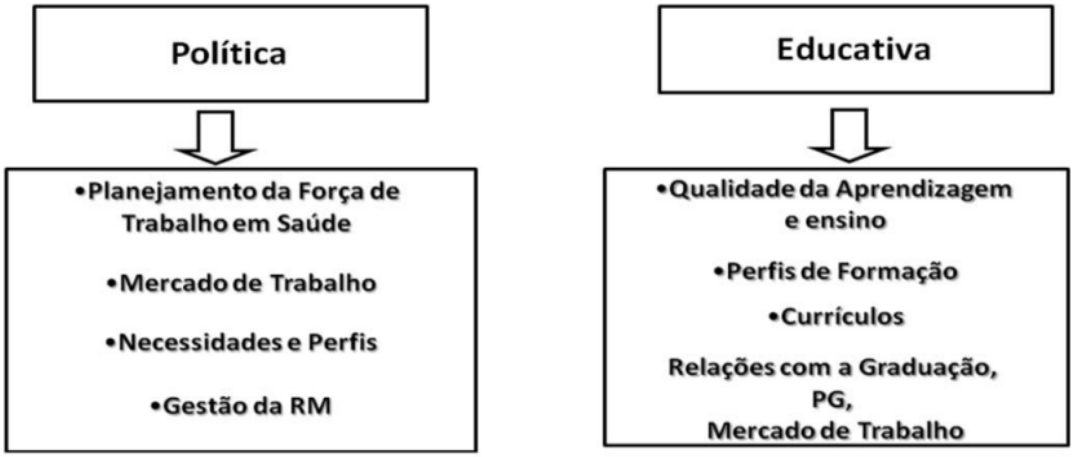
Cabe ao Ministério da Educação (MEC), como responsável pelo segmento de pós-graduação, o papel de regular, supervisionar e avaliar instituições e programas de residência médica. "Segundo Decreto Presidencial nº. 7.5629 de 15 de setembro de 2011, a CNRM é instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo do Ministério da Educação que tem a finalidade de regular, supervisionar e avaliar as instituições e os programas de residência médica" (Michel *et al.*, 2011 & Nunes *et al.*, 2011)

As instituições e os programas de residência médica são avaliados usando instrumentos padronizados para coletar dados. Isso inclui entrevistas estruturadas com dirigentes, coordenadores da Comissão de Residência Médica (Coreme), supervisores do programa, preceptores, residentes e profissionais de saúde. Além disso, há visitas presenciais aos locais de treinamento e atendimento para verificar a infraestrutura física e os recursos disponíveis. Não há, contudo, um procedimento instituído de avaliação do corpo docente da residência médica. (Nunes *et al.*, 2011).

O lançamento do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas - Pró-Residência, em outubro de 2009, representa um ponto de referência na criação e aplicação de uma política pública voltada para estimular a formação especializada de médicos, levando em consideração as demandas de saúde no país. (Nunes *et al.*, 2011)

A Residência Médica integra formação e prática, sendo mais do que um programa isolado de especialização. É essencial que as dimensões de formação e prática se desenvolvam em equilíbrio para garantir um sistema de educação na saúde saudável, evitando o afastamento do conhecimento das necessidades reais ou a exploração excessiva do trabalho em detrimento do aprendizado supervisionado. (Nunes *et al.*, 2011)

Figura 3 - Dimensões da Residência Médica - Política e Educativa



Fonte: Nunes *et al.*, (2011)

Devido à sua conexão direta com o sistema de saúde e o ambiente de trabalho, a residência médica se entrelaça e precisa estar alinhada com as políticas de saúde pública e as demandas da sociedade. (Nunes *et al.*, 2011)

1.2.2 Residência multiprofissional no Brasil

A Residência Multiprofissional em Saúde teve sua origem em 1976 na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), ligada à Secretaria Estadual de Saúde. O programa inaugural ocorreu no Centro de Saúde Escola Murialdo, em Porto Alegre. Intitulada Residência Integrada em Saúde Coletiva, essa nova abordagem de formação em saúde foi implementada na atenção básica, oferecendo um currículo unificado para assistentes sociais, enfermeiros, médicos e médicos veterinários (Uebel; Rocha & Mello, 2003).

Somente em 2005 que a Residência Multiprofissional teve sua regulamentação estabelecida com a promulgação da Lei nº 11.129. A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) foi prevista pela Portaria Interministerial MEC/MS Nº 2.117, de 2005 e criada dois anos depois. Sua instituição foi regulamentada pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/2007. Essa portaria foi substituída pela Portaria Interministerial nº 1.077/2009. (Portaria Interministerial nº 1.077, 2009)

Inspiradas na tradição da residência médica, as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde abrangem diversas profissões, como Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição,

Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Portaria n. 1.111/GM,2005; Ministério da Saúde, 2009). Houve alterações pela Portaria Interministerial 1.224/2012 e, atualmente, encontra-se vigente a Portaria Interministerial MEC/MS nº 7, de 16 de setembro de 2021, que dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS de que trata o art. 14 da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Totalmente reformulada, a Comissão realizou treze plenárias, quando foram aprovadas normativas por meio de Resoluções, como os Regimentos das Comissões Descentralizadas Multiprofissionais de Residência (CODEMU) e das Câmaras Técnicas, e a primeira matriz de competências de um Programa de Residência em Área Profissional da Saúde. (Lei nº 11.129, 2005; Ministério da Saúde, 2023).

Entre suas atribuições, a CNRMS tem o papel de regulamentar critérios para credenciamento de instituições formadoras e unidades de saúde, aprovar os programas de residência propostos, determinar a carga horária e conteúdos mínimos exigidos para cada área de atuação, além de avaliar e credenciar as instituições de saúde para a realização dos programas.

De acordo com o art. 13 da Lei nº 11.129 que criou a Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, esta modalidade de Residência se constitui como de ensino de Pós-Graduação *Lato Sensu*, voltada para a Educação em Serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, exceto médicos. Conforme estabelecido pelo MEC, as Residências Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde são uma ação voltada para educação em serviço, orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, abrangendo as diversas profissões da área da saúde. (Ministério da Saúde, 2023)

Em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Portaria Interministerial nº 1.077 de 12 de novembro de 2009, são uma colaboração entre instituições de formação e gestores, visando a inserção qualificada de jovens profissionais em áreas prioritárias do sistema de saúde. Eles devem ser desenvolvidos considerando a realidade local, incluindo modelo de gestão, necessidades regionais e compromisso com os objetivos da Residência em Saúde. (Portaria Interministerial nº 1.077, 2009)

Os autores Martins *et al.*, (2010) destacam que a residência multiprofissional em saúde possui dois principais objetivos: aprimorar a formação de profissionais da saúde e promover mudanças significativas alinhadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), visando um atendimento integral. As autoras também ressaltam a diversidade existente nos programas no Brasil, abrangendo diferentes

cenários de prática, metodologias, natureza das instituições de ensino ou serviço (pública, privada, filantrópica) e a qualificação dos preceptores, entre outros aspectos.

1.3 Educação na saúde: abordagens pedagógicas e desenvolvimento profissional

A Educação em Serviço na área da saúde é um componente vital na formação de profissionais capacitados e atualizados para lidar com os desafios complexos do setor. Este método educacional destina-se a fornecer experiências práticas e aprofundadas, integrando teoria e prática para o aprimoramento contínuo dos profissionais de saúde.

Segundo Paschoal, Mantovani e Méier *et al.*, (2007) a Educação em Serviço é uma prática educativa que se integra ao processo de educação no ambiente de trabalho, caracterizando-se como um processo aplicado nas interações humanas laborais. Seu objetivo primordial é o desenvolvimento das capacidades cognitivas, psicomotoras e relacionais dos indivíduos, buscando, ao mesmo tempo, aprimorar suas habilidades em resposta aos avanços tecnológicos. Dessa forma, a Educação em Serviço não apenas contribui para o aprimoramento profissional, mas também para o fortalecimento institucional, valorizando tanto o indivíduo quanto a organização em que está inserida

Para melhor compreensão é importante fazer a distinção entre "Educação em Saúde" e "Educação na Saúde". Tomando como base estudo de Nogueira *et al.*, (2022) que utilizou artigos científicos, documentos legais do Ministério da Saúde brasileiro, livros e literatura dos últimos 20 anos e abordou questões sobre as diferenças entre "Educação em Saúde" e "Educação na Saúde". A Educação em Saúde é definida como “o processo educativo que objetiva a apropriação de temas relacionados à Saúde pela população” e Educação Na Saúde como “produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular”. Esta compreende a formação técnica, a graduação, a Educação Continuada e a Educação Permanente.

A Educação Continuada ocorre por meio de experiências, vivências, educação formal, participação institucional ou externa após a graduação. É uma estratégia que se concentra no desenvolvimento profissional através de cursos sequenciais, com duração definida, visando grupos específicos de profissionais em determinado campo, como é o caso dos programas de residência médica e multiprofissional.

No entanto, devido à natureza subjetiva do trabalho em Saúde, é essencial que os profissionais possuam formação qualificada, competências e habilidades para responder às necessidades

emergentes. Assim, Nogueira *et al.*, (2022), destacam a Educação Permanente na Saúde "como uma prática da Educação na Saúde cuja ação educativa está baseada na problematização do trabalho em Saúde, tendo por finalidade transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho...". Baseada na aprendizagem significativa e na mudança das práticas profissionais, a Educação Permanente se fundamenta na autonomia, cidadania e subjetividade dos envolvidos, enfatizando a aprendizagem para, pela e na prática. Isso assegura que os profissionais não apenas mantenham, mas também ampliem suas competências.

A base teórica e metodológica das práticas educativas é essencial para compreender e fundamentar adequadamente a Educação Permanente. Nogueira *et al.*, (2022), enfatizam que para identificar a abordagem pedagógica que fundamenta a Educação Permanente, é crucial considerar suas bases teóricas e metodológicas. Dentre as diversas classificações dos modelos pedagógicos propostos por autores como Libâneo (1990), Mizukami (1986) e Luckesi (2011), destaca-se a importância de reconhecer a abordagem sociocultural difundida por Paulo Freire nos anos 1960. A abordagem sociocultural, promovida por Freire, enfatiza uma educação problematizadora, buscando desenvolver a consciência crítica e a liberdade dos envolvidos. Esta abordagem se baseia em uma relação horizontal entre aluno e professor, utilizando o diálogo como ferramenta para transformar ideologias dominantes, valorizando a linguagem e a cultura.

A Educação Permanente se destaca por ser uma proposta pedagógica e metodológica que estimula a transformação da realidade ao fomentar o questionamento e a desacomodação. Além disso, como proposta político-pedagógica na educação e formação em saúde, promove descentralização, ascensão e abordagem transdisciplinar, contribuindo para a democratização institucional e o constante aprimoramento da qualidade do cuidado em saúde. Nogueira *et al.*, (2022) definem que a problematização, enquanto estratégia norteadora da Educação Permanente, tem como ponto de partida para a produção do conhecimento a análise crítica do cotidiano, a horizontalidade entre educador e educando, a prática dialógica e o conceito de aprendizagem significativa. Além disso, as metodologias ativas são reconhecidas como um modelo de formação profissional mais condizente com os princípios e necessidades de saúde, "apresentando métodos que se ancoram na pedagogia crítica e que se utilizam de situações-problema para a aquisição de conhecimentos e habilidades." Dessa forma, essa abordagem educacional valoriza a aprendizagem significativa e a aprendizagem experiencial como uma estratégia chave para a evolução das práticas profissionais.

A aprendizagem significativa, proposta por David Ausubel, um psicólogo e educador americano, destaca a importância de relacionar novos conhecimentos com o que já está presente na

estrutura cognitiva do indivíduo. Isso implica que a nova informação deve ser integrada de maneira lógica e coerente com os conhecimentos prévios do aprendiz. Quando alguém é capaz de conectar os novos conhecimentos com conceitos familiares e relevantes, essa aprendizagem se torna mais significativa e duradoura. Esse processo envolve uma compreensão profunda e uma aplicação prática dos conceitos aprendidos. (Ausubel, 1982).

Romão *et al.*, (2021) defendem que a teoria da aprendizagem experiencial se aplica perfeitamente ao contexto da aprendizagem em serviço, caracterizada pelos programas de residência. Seus princípios auxiliam na compreensão do processo de aprendizagem a partir da prática, assim como na formação da identidade profissional. Estes autores apresentam a aprendizagem experiencial como "a construção de conhecimento e significado a partir de experiências da vida real. Um importante teórico da aprendizagem experiencial é o educador norte-americano David A. Kolb. Sua teoria, desenvolvida em 1984, destaca a significativa contribuição da experimentação pessoal no processo de adquirir habilidades profissionais. Kolb enfatiza que o desenvolvimento dessas habilidades demanda a integração entre o conhecimento teórico e o conhecimento experiencial.

Ambas as abordagens são valiosas e, muitas vezes, complementares. A aprendizagem significativa busca a conexão entre conhecimentos anteriores e novos, enquanto a aprendizagem experiencial enfatiza a importância da prática e da reflexão para uma compreensão mais profunda. Juntas, essas abordagens podem enriquecer e aprimorar o processo de aprendizagem, tornando-o mais significativo, prático e duradouro.

Dado que os residentes são adultos, a especialização é otimizada quando orientada pelos princípios da andragogia, como responsabilização pelo próprio aprendizado, motivação consciente, percepção da necessidade, aplicabilidade do tema estudado e valorização das experiências anteriores. Considerando que a andragogia é um termo que se refere à ciência e arte de educar adultos. A palavra "andragogia" foi cunhada por Malcolm Knowles na década de 1960 e desde então tem sido amplamente utilizada no campo da educação de adultos, tendo como princípios: (Taylor & Hamdy, 2013)

1. Autodireção: Os adultos tendem a assumir a responsabilidade pelo próprio aprendizado, participando ativamente na definição de objetivos educacionais e métodos de ensino.
2.Experiência prévia: Valorização da bagagem de experiências anteriores dos adultos, que são recursos valiosos para conectar novos conhecimentos e tornar a aprendizagem mais significativa.

3.Relevância: A aprendizagem é mais eficaz quando os adultos percebem sua aplicabilidade direta em suas vidas pessoais ou profissionais, buscando conhecimento que possa ser imediatamente utilizado.

4. Orientação para o problema: Adultos estão mais motivados a aprender quando o ensino está centrado na resolução de problemas práticos e situacionais do mundo real.

5. Respeito: Reconhecimento da maturidade dos adultos, suas experiências e opiniões, proporcionando um ambiente de aprendizagem seguro e que valoriza suas contribuições individuais.

Taylor e Hamdy (2013) destacam a importância de integrar a reflexão na prática clínica diária, incentivando os profissionais a analisar criticamente suas ações enquanto as executam. Além disso, ressalta a relevância da reflexão após as experiências clínicas para promover uma aprendizagem mais significativa e uma prática mais eficaz.

A Teoria da Prática Reflexiva de Donald Schön é uma abordagem importante no campo da educação e do desenvolvimento profissional. Ele introduziu o conceito de "reflexão na ação" e "reflexão sobre a ação" para compreender como os profissionais lidam com situações complexas e incertas em seu trabalho diário.

Os programas de residência em saúde, apesar de terem autonomia para propor processos pedagógicos específicos, com diferentes lógicas organizacionais, devem seguir regulamentações da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS), órgãos vinculados ao Ministério da Educação (MEC). Essas entidades contam com representação governamental, profissional e dos próprios programas de residência, incluindo coordenadores, preceptores, tutores e residentes. As normas propostas por essas comissões incluem a formação de um corpo docente-assistencial, Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (NDAE), COREME e Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU). Essas estruturas abrangem diferentes profissionais, como preceptores dos serviços, tutores das instituições de ensino, docentes, orientadores de serviço, orientadores de trabalhos de conclusão e supervisores especialistas, contribuindo com todos com suporte clínico e educacional especializado para os residentes (Pereira *et al.*, 2018).

A elaboração da matriz de competências é uma responsabilidade dos coordenadores dos programas de residência, em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelos órgãos reguladores. A matriz de competências dos programas de residência é uma ferramenta que organiza e explicita as habilidades e conhecimentos que os residentes devem adquirir ao longo do programa de formação.

Essa matriz serve como um guia para estruturar o currículo da residência, garantindo que os profissionais em formação desenvolvam competências específicas para atuar em determinada especialidade ou área multiprofissional.

De acordo com Perrenoud e Thurler (2002), "competência é a capacidade de mobilizar e integrar conhecimentos, habilidades e atitudes para resolver problemas num contexto profissional específico". Conforme Santos (2011), no currículo por competências, os resultados a serem obtidos ou alcançados, dirigem o processo educacional. Assim, primeiramente se definem os resultados, depois os processos necessários para alcançá-los.

Desde a década de 1990, o *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* desenvolveu uma estrutura de competências para a educação médica. Tais competências foram inicialmente estabelecidas como objetivos para a graduação em medicina, mas posteriormente também aplicáveis a treinamentos de médicos especialistas. (Frank, 2005; Frank, Snell & Sherbino, 2015).

Segundo Delbone e Moura (2022), as *Entrustable Professional Activities* (EPAs), introduzidas por Olle ten Cate no início do século XXI, constituem uma ponte entre a educação baseada em competências e a aprendizagem nos serviços de saúde, com o objetivo de avaliar o que é essencial para o exercício profissional. Essas atividades são caracterizadas pelo seu alinhamento com as práticas diárias dos profissionais de saúde, demandando a mobilização de diversas competências. Em resumo, a realização de uma EPA representa o ápice da educação baseada em competências, pois implica na aplicação das competências adquiridas ao longo da formação para desempenhar atividades profissionais específicas.

Ten Cate (2005) define o conceito de EPAs como atividades profissionais que podem ser delegadas a um aprendiz quando este demonstra as competências necessárias para realizá-las sem supervisão. Os níveis de autonomia para uma EPA variam de 1 a 5:

Nível 1 - o aprendiz pode somente observar a realização da EPA pelo supervisor/preceptor;

Nível 2 - o aprendiz pode realizar a EPA com supervisão direta do supervisor/preceptor;

Nível 3 - o aprendiz pode realizar a EPA com supervisão reativa do supervisor/preceptor;

Nível 4 - o aprendiz pode realizar a EPA sem supervisão;

Nível 5 - o aprendiz pode supervisionar a realização da EPA por novatos.

A avaliação da autonomia do aprendiz em relação a uma EPA é feita com base no desempenho acumulado ao longo do tempo, sendo conduzida por meio de observações diretas e *Feedback* imediato de supervisores/preceptores. Ao longo do período de formação, o aprendiz é avaliado em diversas ocasiões, em diferentes situações clínicas, permitindo a coleta de *Feedback*s

detalhados sobre seu desempenho nas EPAs. Essa compilação de *Feedback*s é registrada, posteriormente avaliada e a EPA certificada para um determinado nível de autonomia por um Comitê de Competências Clínicas - CCC, composto por supervisores/preceptores e outros representantes do programa educacional.

Esse contexto reforça a importância do desenvolvimento de habilidades pedagógicas nos serviços que servem como ambientes de prática para residências. Dessa forma, a formação de preceptores e tutores tornou-se uma prioridade para as instituições de ensino que oferecem programas de residência (Pereira *et al.*, 2018).

Ao considerar a complexidade do campo da Educação na Saúde, é essencial refletir sobre a interseção entre duas esferas distintas: Saúde e Educação. A Saúde, por sua natureza dinâmica e multidisciplinar, demanda profissionais capacitados e reflexivos, capazes de enfrentar desafios complexos e promover a excelência no cuidado. Por outro lado, a Educação, com suas teorias e metodologias, desempenha um papel crucial na formação desses profissionais, proporcionando experiências práticas, fomentando o questionamento crítico e a aprendizagem ao longo da vida.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

- Avaliar a contribuição do "Módulo Básico" do programa de desenvolvimento em preceptoria - PRODEP para a formação de preceptores de um hospital de grande porte do Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar a percepção dos preceptores do impacto do PRODEP sobre a aquisição de competências docentes.
- Identificar as potencialidades e desafios de um programa de capacitação voltado para a preceptoria.
- Analisar a percepção dos preceptores sobre o impacto da capacitação em seu comportamento.

3 METODOLOGIA

Considerando os propósitos da pesquisa e as características do tema em estudo, o método de pesquisa adotado é de caráter misto, qualitativo e quantitativo. Numa primeira fase procurou-se quantificar, através de questionários estruturados com perguntas cuja resposta era uma escala de *Likert* (1 a 5), as impressões dos participantes acerca do curso e do impacto do mesmo na sua prática. Na segunda fase, utilizaram-se métodos qualitativos para explorar os motivos e o significado daquelas avaliações e compreender melhor os processos e práticas avaliados.

Segundo Câmara (2013), a utilização de procedimentos mistos em pesquisas sociais é bastante usual, pois permite a apreensão do fenômeno e do objeto de estudo por prismas, por vezes, distintos. Com a utilização de instrumentos quantitativos ganha-se em generalidade e perdem-se especificidades; identifica-se o visível, mas não se sabe o que está por trás dele; obtém-se a objetivação e não se apreende o processo de subjetivação mais completo.

Sobre a pesquisa qualitativa, esta não busca primariamente quantificar, mas sim compreender e explicar os aspectos intrincados das relações sociais, considerando fundamentais e resultantes da atividade humana, que abrangem aspectos criativos, afetivos e racionais. Essa compreensão é obtida por meio da observação do cotidiano, da experiência vivencial e da explicação do conhecimento comum. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 1992).

O percurso metodológico utilizado buscou detalhar o contexto, os sujeitos participantes, assim como a descrição da coleta e a análise dos dados que seguem abaixo.

3.1 Local de estudo

A pesquisa foi realizada na Santa Casa de Belo Horizonte e envolveu os profissionais que concluíram o PRODEP, nos anos de 2019 e de 2022, e atuam na preceptoria de profissionais de saúde em formação.

A Santa Casa de Belo Horizonte - SCBH é o maior hospital filantrópico 100% SUS do Brasil, fundado em 21 de maio de 1899 e há mais de 120 anos é referência em atenção e promoção à saúde para todo o estado de Minas Gerais, ocupando posição de destaque também no cenário nacional, com mais de 1.000 leitos. Assim como protagoniza uma atuação secular no cuidado em saúde, a SCBH

também é pioneira na formação de profissionais de saúde, sendo mantenedora de um dos maiores conjuntos de Programas de Residência e Especialização Médica do Brasil, com 39 especialidades; Programa de Residência e Especialização Multiprofissional; além de sediar estágios curriculares supervisionados de cursos da área da saúde (Faculdade Santa Casa BH, 2021).

A Residência Multiprofissional, credenciada pela CNRMS, tem um programa no Eixo de Terapia Intensiva adulto, compreendendo a Psicologia, Farmácia, Enfermagem e Nutrição. Os programas de especialização multiprofissional contemplam os seguintes eixos: Terapia Intensiva adulto nas áreas profissionais de: Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Fisioterapia e Odontologia; Terapia Intensiva neonatal e pediátrica nas áreas profissionais de: Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia.

3.1.1 A organização do PRODEP

A Faculdade de Saúde Santa Casa BH, credenciada pelo MEC em 2019, é a responsável pela gestão educacional dos programas de estágio e residência médica e multiprofissional da Santa Casa BH. Em sua estrutura organizacional foi instituído o NEDUC - Núcleo de Estudos e Desenvolvimento em Educação na Saúde da Faculdade Santa Casa de BH que é um órgão assessor da Superintendência Acadêmica, de natureza interprofissional, com finalidade de apoio ao ensino e tem entre seus objetivos, conforme previsto no PDI - Plano de Desenvolvimento Institucional: Conduzir os Programas Institucionais de Desenvolvimento Docente (PRODED) e de desenvolvimento de preceptores (PRODEP).

O PRODEP é um programa institucional permanente. Busca desenvolver continuamente os preceptores da Faculdade de Saúde Santa Casa BH em sua jornada como educadores, por meio de oficinas, *workshops*, cursos online, materiais de aprendizagem e orientações pedagógicas. Os programas possuem como objetivo desenvolver preceptores para (Faculdade Santa Casa BH, 2021):

I. Usar metodologias de ensino-aprendizagem adequadas aos diferentes perfis geracionais com os quais irá se relacionar, favorecendo o engajamento ativo dos estudantes no processo de busca e construção do conhecimento.
II. Utilizar diferentes modalidades de avaliação de desempenho do estudante, nos âmbitos formativo e somativo.
III. Realizar planejamento educacional norteado pelas EPAs (Atividades Profissionais Confiáveis) centrais do currículo e baseado em competências essenciais.

IV. Desempenhar os diferentes papéis do docente/preceptor, ou seja, facilitador, mentor, modelo, provedor de conhecimento, avaliador, gestor e produtor de material instrucional, conforme descrito por Ronald Harden.

V. Utilizar o método clínico centrado na pessoa como modelo de atendimento clínico, tanto no cenário simulado quanto no real.

VI. Realizar a autogestão do conhecimento em educação médica.

Em 2019 o NEDUC realizou a primeira edição do PRODEP ofertado aos coordenadores e preceptores dos programas de residência médica, multiprofissional e/ou internato médico, com a participação também da equipe pedagógica da Faculdade. O curso foi organizado em nove encontros presenciais, sendo um encontro por mês, no período de fevereiro a novembro de 2019, com a carga horária de quatro horas por encontro, totalizando 36 horas. Na primeira sessão foi realizada a abertura do curso, abordando os objetivos educacionais do PRODEP, com contextualização da importância da formação pedagógica dos preceptores. Nas aulas seguintes, nos minutos iniciais foram abordados os principais tópicos da sessão anterior e, em seguida, a abordagem dos temas propostos, sempre fazendo uso de estratégias educacionais interativas, estimulando a participação ativa de todos os presentes. Ao final de cada sessão os participantes responderam uma avaliação de reação sobre o módulo.

Temas abordados na 1ª edição do PRODEP

Encontro 1: Princípios da aprendizagem de adultos

Encontro 2: Metodologias ativas de aprendizagem

Encontro 3: Educação baseada em competências

Encontro 4: Cenário simulado x cenário real

Encontro 5: Ensinando o raciocínio clínico

Encontro 6: Estratégias educacionais em preceptoria

Encontro 7: *Feedback* como avaliação formativa

Encontro 8: Como avaliar em cenário real

Encontro 9: *Entrustable Professional Activities* - EPA

A turma seguinte estava prevista para o ano subsequente, mas, em função da pandemia global que emergiu em 2020 e obrigou uma interrupção temporária dos eventos presenciais, não se realizou.

Foi um período dedicado ao suporte de como desenvolver atividades on-line em preceptoria, por meio de encontros remotos.

A 2ª edição do PRODEP aconteceu em 2022, nos meses de outubro e novembro, organizada em três módulos presenciais (módulos: 1, 4 e 8) e cinco remotos e assíncronos, totalizando uma carga horária de 24 horas. Nos módulos remotos a Faculdade utilizou a plataforma G *Suite for Education*, agora denominada *Google Workplace for Education*, como ferramenta no processo de ensino-aprendizagem buscando uma experiência positiva para os participantes. Trata-se de uma plataforma de fácil utilização e que possibilita a interação entre professor e aluno onde quer que estejam, usando as mais diversas metodologias e tipos de dispositivos. Os módulos assíncronos foram organizados no *Google Classroom*, contendo: videoaula, materiais de apoio e estudo e atividades avaliativas para conclusão de cada módulo. Para os módulos presenciais foram disponibilizadas videoaulas e materiais para leitura prévia e nos encontros em sala de aula estratégias educacionais variadas, como: exposição dialogada, discussão em grupos e role play de *Feedback*. Ao final de cada sessão os participantes responderam uma avaliação de reação sobre o módulo em questão.

Temas abordados na 2ª edição do PRODEP:

Encontro 1: Competências em preceptoria

Encontro 2: Princípios da aprendizagem de adultos

Encontro 3: Desenvolvimento do raciocínio clínico

Encontro 4: Atividades Profissionais Confiáveis - EPAs

Encontro 5: Ensino-aprendizagem em cenário real

Encontro 6: Estratégias para o ensino clínico

Encontro 7: Avaliação em cenário clínico

Encontro 8: *Feedback*: avaliação para aprendizagem

A divulgação antecipada ocorreu nos canais de comunicação da Faculdade e da Santa Casa BH, juntamente com lembretes enviados por e-mail aos inscritos antes do início de cada módulo. O espaço físico utilizado foi uma sala de aula espaçosa dentro do Hospital, equipada com recursos de multimídia, cadeiras e bancadas.

A primeira edição teve um total de 82 inscritos e a segunda contou com 84 inscritos. Da primeira turma, 24 concluíram, obedecendo o critério de cumprimento de 75% da frequência, no mínimo, para conclusão. Na segunda turma, o certificado foi considerado por módulo concluído. Dessa forma, 46 participantes concluíram.

Tabela 1 - comparativo das duas edições do PRODEP

Módulo	Programação - PRODEP 2019	Programação - PRODEP 2022
1	Princípios da aprendizagem de adultos	Competências em preceptoria
2	Metodologias ativas de aprendizagem	Princípios da aprendizagem de adultos
3	Educação baseada em competências	Desenvolvimento do raciocínio clínico
4	Cenário simulado x cenário real	Atividades Profissionais Confiáveis - EPAs
5	Ensinando o raciocínio clínico	Ensino-aprendizagem em cenário real
6	Estratégias educacionais em preceptoria	Estratégias para o ensino clínico
7	*Feedback* como avaliação formativa	Avaliação em cenário clínico
8	Como avaliar em cenário real	*Feedback*: avaliação para aprendizagem
9	*Entrustable Professional Activities* - EPA	

3.2 Os participantes da pesquisa

Os participantes deste estudo foram os preceptores dos programas de residência médica e multiprofissional. A partir do levantamento realizado na documentação do PRODEP, da Faculdade de Saúde Santa Casa BH, foi identificado que, dos 166 inscritos no PRODEP, 82 em 2019 e 84 em 2022, houve um total de 70 participantes que concluíram o curso. Considerando os participantes que estavam com endereço de e-mail correto, excluídos também 4 que participaram na validação prévia do questionário, permaneceram 57 preceptores.

A Santa Casa de Belo Horizonte - SCBH tem atualmente Programas de Residência e Especialização Médica em 39 especialidades, Programa de Residência Multiprofissional no eixo de Terapia Intensiva Adulto e Especialização Multiprofissional nos eixos Terapia Intensiva Adulto e Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica; além de sediar estágios curriculares supervisionados de cursos de graduação da área da saúde. São mais de 500 (quinhentos) preceptores, de diversas áreas, envolvidos na formação destes novos profissionais.

Abaixo uma tabela demonstrando o número de preceptores que se inscreveram e os que concluíram o PRODEP, nas duas edições, por área de formação. Aqueles cuja área de formação não pôde ser identificada ou que pertencem a diferentes campos, como os pedagogos que participaram, foram categorizados como "outros".

Tabela 2 - PRODEP por ano e formação

Área de formação	Ano: 2019		Ano: 2022		Total de participantes que concluíram	Total de participantes que retornaram questionário (%)
	Inscritos	Concluíram	Inscritos	Concluíram		
Medicina	63	20	24	7	27	8 (29,6%)
Fisioterapia	1	1	29	23	24	5 (20,8%)
Enfermagem	5	1	12	7	8	1 (12,5%)
Psicologia	3	1	8	2	3	1 (33,3%)
Nutrição	2	0	2	2	2	2 (100%)
Odontologia	2	0	2	2	2	0 (0%)
Farmácia	0	0	3	3	3	1 (33,3%)
Outros	6	1	4	0	1	
Não detalhada						1

Como dito anteriormente, dos 70 preceptores que concluíram o PRODEP, 57 atendiam aos critérios para responder ao questionário e serem entrevistados. O questionário foi enviado, no formato de formulário do *Google* (*Google Forms*), via e-mail, aos 57 preceptores. Este ficou durante 30 dias aberto para receber as respostas, e, no total, 19 preceptores responderam (33%). Na tabela 2 pode ser consultada a distribuição dos preceptores que responderam por área de formação. Na etapa seguinte foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com 8 preceptores que expressaram a sua disponibilidade em participar de uma entrevista pela plataforma *Google Meet.*

3.3 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados

Análise de documentos e resultados relacionados ao processo educacional, questionários e entrevistas.

Foi enviada, via e-mail, uma carta convite explicando a pesquisa que estava sendo desenvolvida, solicitando a colaboração para a concretização desse trabalho e o preenchimento de uma avaliação retrospectiva pré-teste-pós-teste**.** Destes, 19 (dezenove) retornaram.

A avaliação retrospectiva pós-pré, foi realizada por meio de questionário contendo questões abertas e fechadas, divididas em duas seções: a primeira, com o intuito de caracterizar os preceptores, solicitando seus dados pessoais (nome, e-mail, telefones, endereço, gênero e faixa etária), dados referentes à formação acadêmica, titulação, atuação profissional enquanto preceptor e o ano que realizou o PRODEP. A segunda continha um questionário baseado na utilização da escala *Likert*, de

avaliação retrospectiva pré-teste-pós-teste em que cada participante indicou seu grau de conhecimento em cada tema abordado no curso, comparando o momento em que chegou para fazer a capacitação e o momento final (Bhanji *et al.*, 2012). O questionário foi escolhido como método para identificar os participantes da pesquisa e construir um perfil dos mesmos. Esse recurso permite alcançar múltiplas pessoas simultaneamente. Além disso, proporciona maior liberdade nas respostas, evitando possíveis influências por parte do entrevistador (Boni & Quaresma, 2005). Segundo Lakatos & Marconi (2003), "depois de redigido, o questionário precisa ser testado antes de sua utilização definitiva, aplicando-se alguns exemplares em uma pequena população escolhida." Os questionários foram pré-validados, conforme Apêndice A, por um conjunto de 4 preceptores que participaram no PRODEP em 2019 e 2022.

A pesquisa retrospectiva pós-pré é uma abordagem de avaliação que visa controlar o viés de mudança de resposta no design tradicional pré-pós. Neste método, os alunos refletem e avaliam seu conhecimento, habilidades, atitudes ou comportamentos ao mesmo tempo, evitando a sensibilidade pré-teste e o viés de mudança de resposta associados ao desenho pré-pós tradicional. Ao coletar informações antes e depois do programa educacional simultaneamente, essa abordagem busca uma avaliação mais eficiente, menos intrusiva e mais precisa das mudanças autorrelatadas pelos alunos (HOWARD, 1980; Pratt, McGuigan & Katzev, 2000; Lam & Bengo, 2003; Klatt & Taylor-Powell, 2005).

A escolha da entrevista como técnica de coleta de dados, baseou-se em Boni e Quaresma (2005) que indicam que a entrevista enquanto coleta de dados sobre um determinado tema científico é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo. Através dela os pesquisadores buscam obter informações, ou seja, coletar dados objetivos e subjetivos. E destacam que a entrevista possibilita a correção de enganos dos informantes, enganos que muitas vezes não poderão ser corrigidos no caso da utilização do questionário escrito.

Além disso, trata-se de uma abordagem que promove uma interação mais ampla entre entrevistador e entrevistado, possibilitando esclarecimentos e ajustes durante o processo, tornando-a eficaz na obtenção das informações almejadas. As entrevistas foram utilizadas com o intuito de analisar, por meio das colocações dos preceptores, em que aspecto o PRODEP pode ter contribuído para mudança na prática da preceptoria. Estas foram previamente agendadas, realizadas de forma virtual, com duração média de quinze minutos, e gravadas, com consentimento dos participantes.

Sendo assim, o roteiro da entrevista partiu da questão norteadora: O "Módulo Básico" do programa de desenvolvimento em Preceptoria - PRODEP da Faculdade de Saúde Santa Casa BH influenciou mudanças nas práticas da preceptoria? e apresentava cinco tópicos, conforme roteiro

(Apêndice B), seguindo as orientações de Minayo (2014) de que o guia de entrevista deve conter apenas alguns itens indispensáveis para o delineamento do objeto em relação à realidade empírica, facilitando abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação.

As questões centraram-se na percepção dos preceptores acerca de sua avaliação em relação ao curso de formação de preceptores, no que tange à metodologia do curso e pertinência do curso e se essa experiência provocou alguma alteração em suas práticas de preceptoria.

Após a organização do roteiro, foi iniciada a etapa de entrevistas com os preceptores que manifestaram interesse de participar, com as datas e horários previamente acordados. Após as entrevistas, as transcrições foram realizadas pela pesquisadora, respeitando-se os discursos em sua integridade e cada entrevistado recebeu um número, com o objetivo de manter a privacidade, preservando a identidade dos participantes.

Mendes e Miskulin (2017), ressaltam que esse processo vai além da simples transferência do discurso gravado para o papel, reforçando que, a transcrição não deve ser uma simples reprodução das gravações, mas sim uma tentativa de refletir os tropeços, as frases interrompidas, as prolongadas, os suspiros, as exclamações e as contrariedades.

Após a conclusão das transcrições de todas as entrevistas, foi iniciada a etapa de organização e análise dos dados. Para tal, tornou-se necessário selecionar uma técnica de análise mais alinhada com os propósitos da pesquisa.

3.4 Análise dos dados

Os dados coletados de documentos e questionários relativos às turmas dos anos de 2019 e 2022 foram compilados em tabelas e gráficos e analisados.

Para análise das entrevistas, optou-se pela utilização da técnica de análise de conteúdo. Esta, destaca-se como uma das abordagens mais utilizadas pelos pesquisadores e segundo a perspectiva de Bardin (2011), consiste em uma técnica metodológica que se pode aplicar em discursos diversos e a todas as formas de comunicação, seja qual for à natureza do seu suporte. Nessa análise, busca-se compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens tornados em consideração. O esforço do analista é, então, duplo: entender o sentido da comunicação, como se fosse o receptor normal, e, principalmente, desviar o olhar, buscando outra significação, outra mensagem, passível de se enxergar por meio ou ao lado da primeira. (Câmara, 2013)

A análise de conteúdo (especificamente a sua modalidade de análise temática) foi organizada em três momentos distintos, seguindo as orientações de Bardin (2011): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, assim apresentadas por Mendes e Miskulin (2017):

> a) Pré-análise - compreende a seleção dos documentos a serem analisados. Esta fase se divide em três etapas: leitura flutuante do conjunto de mensagens obtidas; formação do corpus, referente à totalidade do material estudado; e formulação de hipóteses e objetivos; b) Exploração do material - Nessa fase, o corpus estabelecido é examinado em detalhes para identificar as unidades de registro e unidades de contexto. A análise se concentra em registros orais e escritos, explorando os dados por meio de temas e unidades de significação e c) Tratamento dos resultados - no qual são realizadas as inferências e interpretações dos dados obtidos na pesquisa. Os resultados brutos são tratados para serem significativos e válidos.

Assim, a pré-análise consistiu na organização do material. À medida que eram realizadas, as entrevistas foram transcritas e armazenadas. Cada participante foi identificado com a letra "P" (referindo-se ao termo "preceptor") seguida de um número cardinal (1, 2, 3, 4...), que se referia a ordem que as entrevistas foram sendo realizadas (sujeito "P1" foi o primeiro a ser entrevistado e o "P8", o último), com o objetivo de manter a privacidade e preservação da identidade dos preceptores.

Ainda na fase de pré-análise, realizou-se uma leitura flutuante de todo o material coletado por meio das entrevistas, retomando os objetivos iniciais da pesquisa para a escolha das categorias, buscando uma primeira percepção das mensagens contidas no material.

No segundo momento, de exploração do material, foi realizada uma leitura mais aprofundada com o objetivo de estabelecer as unidades de registro. Foi escolhido o tema como unidade de registro devido à sua natureza como declaração sobre um assunto específico, abrangendo não apenas elementos racionais, mas também aspectos ideológicos, afetivos e emocionais. (Mendes & Miskulin, 2017).

Os recortes foram agrupados de acordo com o tema emergente, o que permitiu o reconhecimento de categorias. Após a definição das categorias, os recortes foram reorganizados dentro de cada categoria, o que permitiu a identificação das subcategorias. Nesse processo, foi desenvolvida uma matriz com 10 (dez) colunas, onde na primeira se encontra a categoria, seguida da subcategoria e nas restantes os recortes distribuídos. Como exemplo, segue a tabela 3:

Tabela 3 - Analisando os dados

Categorias Analíticas	Subcategorias	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Mudança na prática após o PRODEP	Aplicação de estratégias pedagógicas				"E foi interessante porque depois que eu aprendi e eu vi as metodologias de ensino, como: OMP, SNAPPS e demais, eu pensei assim: eu já faço isso no dia a dia, mas eu não tinha essa visão de como que eu aplicava isso..."				
	Relacionamento com os residentes/especializandos			"Outra coisa também, ter um pouco mais de paciência com o residente, entender como ele precisa de mim para progredir dentro do curso..."					

Após a elaboração das categorias, procedeu-se à definição de cada categoria, baseada nas verbalizações relacionadas aos temas.

A terceira etapa da análise, tratamento dos resultados, possibilitou ir além da superfície dos dados, revelando significados mais profundos a partir das falas dos preceptores em suas respectivas categorias e subcategorias, facilitando assim, as inferências e interpretações dos dados obtidos por meio das entrevistas, à luz da teoria estudada.

4 RESULTADOS

Os resultados foram organizados em três tópicos:

4.1 Perfil dos participantes;

4.2 Resultados das avaliações do PRODEP

4.3 Percepção dos preceptores sobre o PRODEP e sua contribuição na prática da preceptoria.

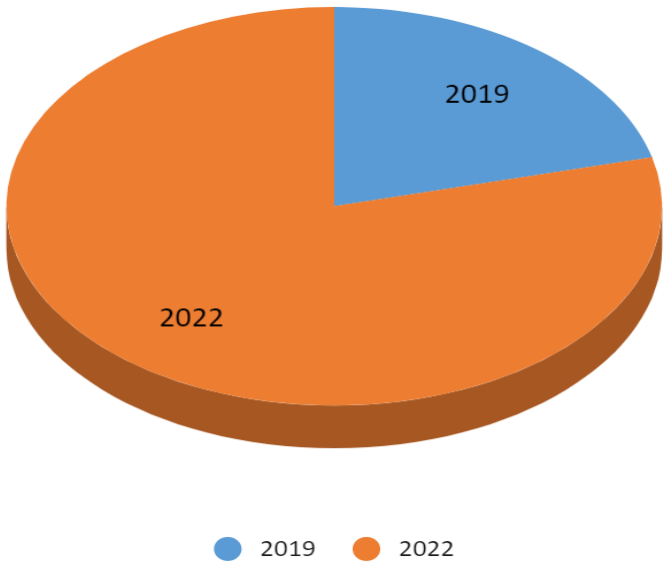
4.1 Perfil dos participantes

A partir das informações reunidas através desse instrumento de coleta, foi possível traçar um perfil geral dos sujeitos participantes dessa pesquisa, baseando nos seguintes aspectos:

a) ano de conclusão do PRODEP; b) sexo; c) faixa etária; d) tempo de formação; e) tempo de atuação na preceptoria; f) titulação; g) área de formação; h) em qual nível de ensino atua; os resultados serão apresentados e analisados a seguir.

Em relação aos participantes do curso que responderam a pesquisa, 15 realizaram em 2022, correspondendo a 78,9% dos que responderam, e 4 realizaram o curso em 2019, correspondendo a 21,1% dos respondentes.

Gráfico 1 - Ano de conclusão do PRODEP

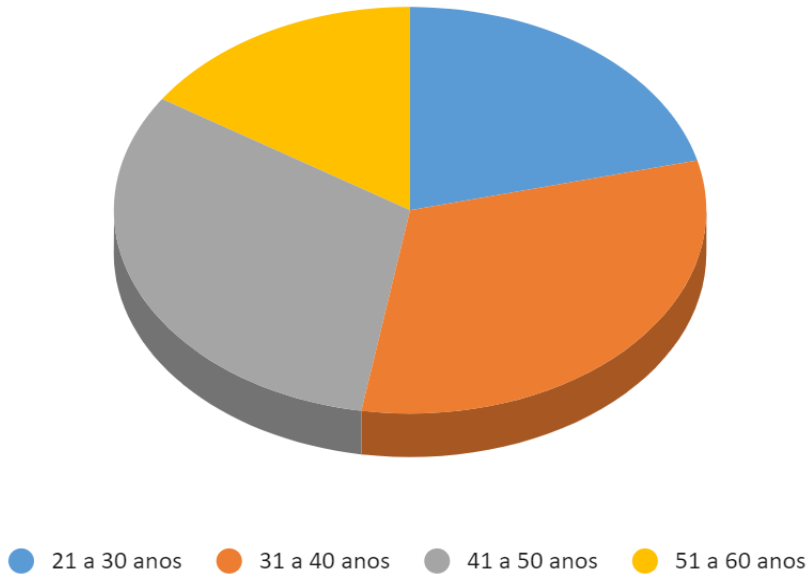


Esses resultados indicam uma maior participação na pesquisa por parte dos preceptores que concluíram o curso em 2022 em comparação com aqueles que concluíram em 2019. Nota-se que 32,6% (15 em 46) dos participantes do PRODEP em 2022 responderam à pesquisa em comparação com 16,7% (4 em 24) dos preceptores que finalizaram o PRODEP em 2019, podendo indicar um maior reflexo das experiências daqueles que concluíram o curso em 2022, nesta etapa da pesquisa.

Em relação ao gênero, 68,4% dos profissionais participantes foram do sexo feminino e 31,6% do masculino.

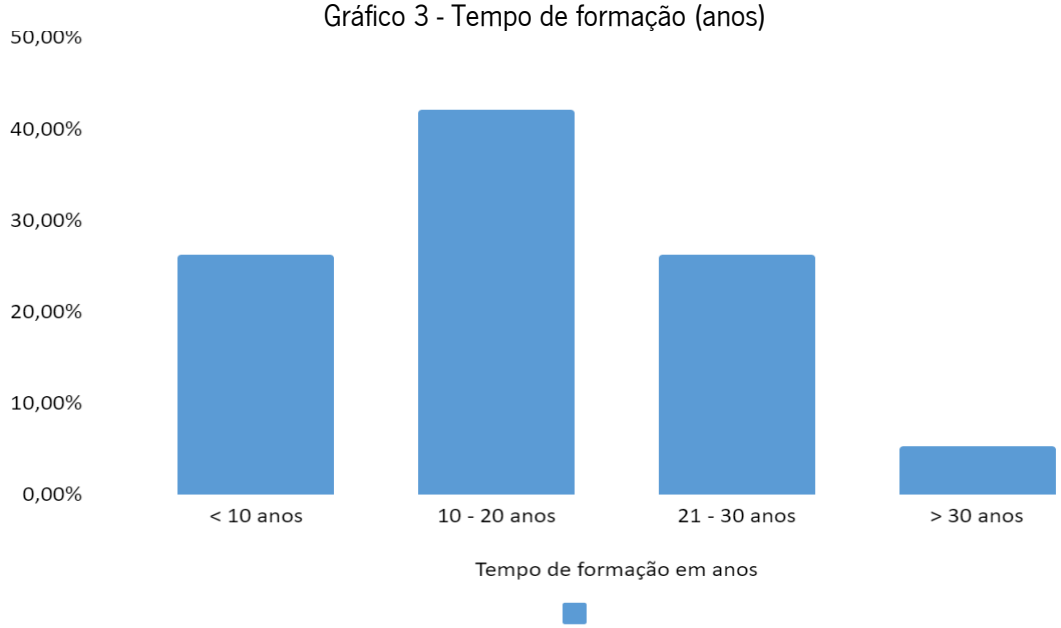
Quanto à idade do grupo pesquisado, a partir da informação da idade no questionário, foram distribuídos nas seguintes faixas etárias: a primeira corresponde entre 21 a 30 anos; a segunda, entre 31 a 40 anos; a terceira, entre 41 a 50 anos; e a última faixa, entre 51 a 60 anos; não teve nenhum respondente com idade superior a 60 anos. É possível afirmar que o grupo em questão tem a maior concentração de participantes entre 31 a 50 anos de idade, totalizando 12 respondentes nessa faixa etária.

Gráfico 2 - Faixa etária



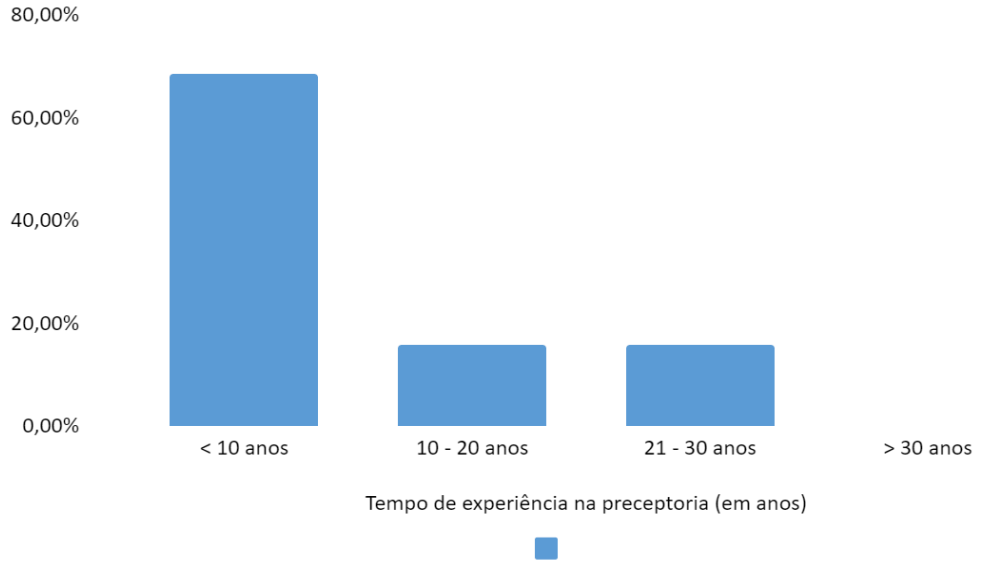
Em relação ao tempo de formação, cada participante indicou no questionário o tempo em anos. A distribuição por idade foi classificada conforme gráfico a seguir:

Gráfico 3 - Tempo de formação (anos)



Percebe-se uma maior concentração de profissionais que concluíram a graduação nos últimos 20 anos. A maior proporção dos participantes (42,10%) concluiu entre 10 e 20 anos atrás. A distribuição entre os que concluíram há menos de 10 anos (26,31%) e os que têm entre 21 a 30 anos de formados (26,31%), ficou equilibrada. A minoria (5,26%) concluiu a formação há mais de 30 anos. De maneira geral, pode-se inferir que dentre os participantes há uma parcela significativa de profissionais que já acumularam um período substancial de experiência. O gráfico a seguir apresenta a perspectiva em tempo de experiência na preceptoria.

Gráfico 4 - Tempo de experiência na preceptoria (anos)

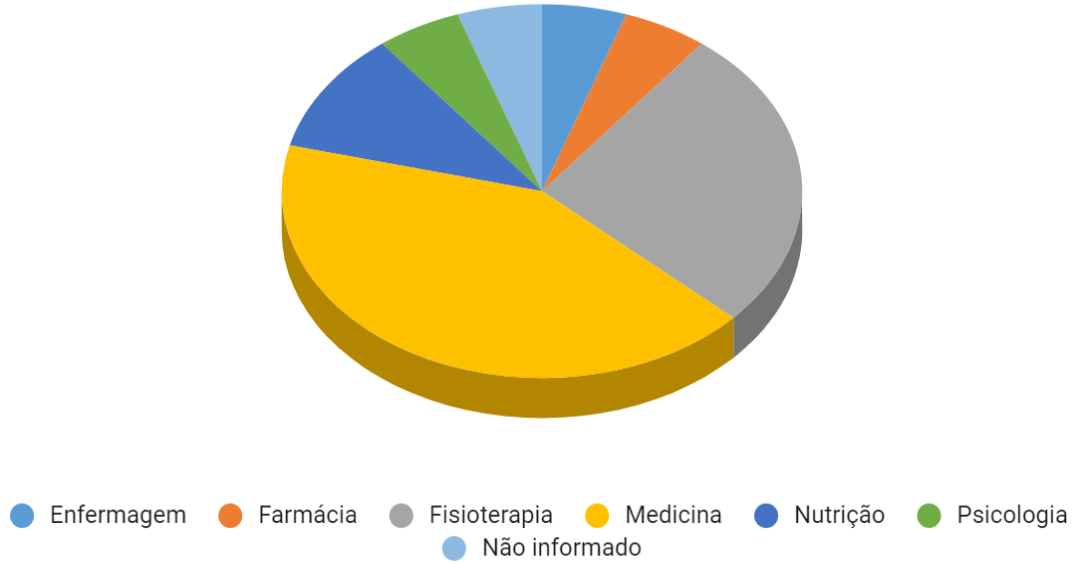


A maioria dos participantes (68,42%) possui menos de 10 anos de experiência na preceptoria. Nota-se uma desconexão entre o tempo de formação e a experiência na preceptoria, visto que, no tempo de formação a concentração maior é de 10 a 20 anos de formados.

Em relação à titulação, 78,9% dos participantes informaram ser especialistas, seguidos de 15,8% de mestres.

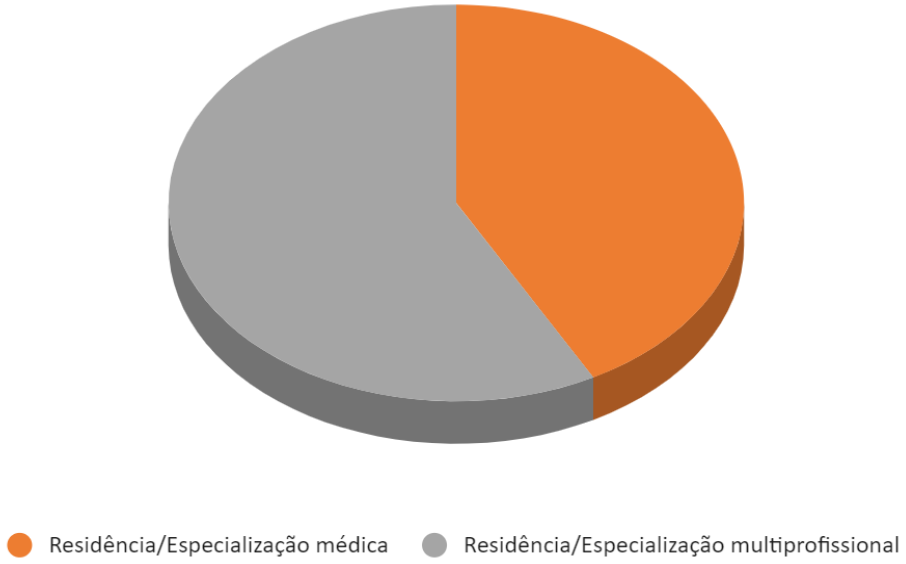
Ao se analisar a formação de graduação dos participantes (ver tabela 2 e gráfico 5), 42,1% eram médicos; seguidos de 26,3% de fisioterapeutas, 10,5% de nutricionistas e a mesma percentagem de farmacêuticos (5,3%), enfermeiros e psicólogos. Um dos participantes não indicou a área de formação.

Gráfico 5 - Área de graduação dos preceptores



Em relação ao nível de ensino que atuam na preceptoria, 57,9%, indicaram que atuam na preceptoria da residência/especialização multiprofissional e 42,1% na residência/especialização médica. Nenhum preceptor indicou atuação na preceptoria de estudantes da graduação.

Gráfico 6 - Área de ensino de atuação do preceptor



4.2 Resultados das avaliações do PRODEP

A análise da avaliação de reação se baseou nos questionários pós módulo preenchidos pelos participantes. Na edição de 2019 foi utilizado um questionário em escala *likert*, no qual para cada afirmativa os participantes assinalavam:

1.Discordo totalmente - DT

2.Discordo - D

3.Nem discordo nem concordo - N

4.Concordo - C

5.Concordo totalmente - CT

Resultados apresentados na tabela 4 a seguir:

Tabela 4 - Avaliação de reação PRODEP 2019

Pergunta	DT	D	N	C	CT
O tema estava contextualizado às suas necessidades como preceptor(a)				28,1%	71,9%
Os facilitadores contribuíram para os esclarecimentos de suas dúvidas		0,5%		30,8%	68,7%
A metodologia utilizada no encontro permitiu que você expusesse e discutisse suas ideias		2,6%		28,1%	69,4%
Este encontro foi relevante para seu desenvolvimento como preceptor(a)		0,5%		25,5%	74%

Para a afirmativa 1, o percentual de concordo e concordo totalmente, ficou em 100% e nas afirmativas 2, 3 e 4, ficou bem próximo deste percentual. Esse resultado está de acordo com a maioria dos estudos sobre o tema que demonstram a avaliação de reação como positiva.

Os pontos positivos destacados foram: possibilidade de reflexão sobre a prática, interação entre os preceptores de diferentes áreas e oferta de um curso para desenvolvimento da preceptoria. Como pontos de melhoria houve sugestões para disponibilização prévia para leitura do material de cada encontro.

Na edição de 2022, a avaliação de reação ao final de cada encontro utilizou a pesquisa NPS (Net Promoter Score). O NPS é uma métrica criada por Fred Reichheld nos EUA, com o objetivo de realizar a mensuração do grau de lealdade cos consumidores de qualquer tipo de empresa. Ele pode ser usado para mensurar a relação com a empresa como um todo, é o NPS Relacional ou para medir a satisfação em pontos específicos, é o NPS Transacional. (Duarte & Queiroz, 2023)

O NPS é classificado por uma pergunta simples. No caso do PRODEP, ao final de cada encontro, os participantes recebiam a seguinte pergunta: Em uma escala de 0 a 10, o quanto você indicaria esse módulo do PRODEP para um colega? Para calcular o NPS, basta seguir a seguinte fórmula:

Net Promoter Score = % **CLIENTES PROMOTORES** – % **CLIENTES DETRATORES** = **%NPS.**

Figura 4 - Net Promoter Score

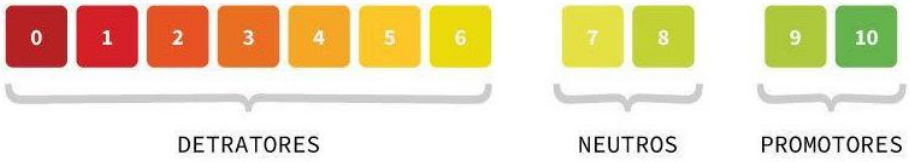


Tabela 5 - Resultado do NPS por encontro - PRODEP 2022

Encontro	Resultado do NPS
Encontro 1	81
Encontro 2	73
Encontro 3	83
Encontro 4	86
Encontro 5	92
Encontro 6	90
Encontro 7	83
Encontro 8	96

O NPS global ficou em 83, considerada como Zona de excelência. Conforme as notas do NPS, é possível categorizar em cinco Zonas de Classificação. As zonas são Duarte & Queiroz, (2023):

- Zona de Encantamento – NPS entre 91 e 100
- Zona de Excelência – NPS entre 76 e 90
- Zona de Qualidade – NPS entre 51 e 75
- Zona de Aperfeiçoamento – NPS entre 1 e 50
- Zona Crítica – NPS entre -100 e 0

Os pontos positivos destacados foram: material, conteúdo, facilitadores, a metodologia, reflexão sobre a prática e sobre a importância do desenvolvimento contínuo. Como pontos de melhoria, os participantes trouxeram sugestões em relação ao aumento do tempo de duração de alguns módulos e também para oferta de novos cursos. Houve duas pontuações relacionadas à dificuldade na leitura de artigos, do módulo sobre aprendizagem do adulto, com a alegação da complexidade de termos relacionados à área da educação.

Em relação à avaliação retrospectiva pós-pré, o questionário de pesquisa foi elaborado levando em consideração os temas principais que integraram o programa teórico do PRODEP. Nele, cada participante indicou o seu nível de conhecimento em cada tema abordado durante o PRODEP, fazendo uma comparação entre o momento de início da capacitação e o momento final.

Tabela 6 - Pesquisa retrospectiva pós-pré

	Antes do PRODEP					**Após participar do PRODEP**				
Pergunta	**DT**	**D**	**N**	**C**	**CT**	**DT**	**D**	**N**	**C**	**CT**
Sinto-me capacitado para desenvolver a atividade de preceptoria		5,3%		42,1%	52,6%				15,8%	84,2%
Levo em consideração os princípios da aprendizagem de adultos ao escolher minhas estratégias de ensino como preceptor	5,3%		15,8%	36,8%	42,1%				26,3%	73,7%
Contribuo com o desenvolvimento do raciocínio clínico aplicando métodos de ensino bem definidos		5,3%	10,5%	52,6%	31,6%				42,1%	57,9%
Conheço o conceito de EPA (*Entrustable Professional Activities*)	31,6%	10,5%	10,5%	5,3%	47,4%				31,6%	68,4%
Sinto-me preparado para implementar EPAs no meu contexto (clínica, especialidade)	31,6%	5,3%	15,8%	31,6%	15,8%			5,3%	52,6%	42,1%
Adoto estratégias de ensino estruturadas como OMP ou SNAPPS	31,6%	10,5%	10,5%	36,8%	10,5%			5,3%	68,4%	26,3%
Tenho segurança para avaliar a aprendizagem em cenário real de maneira abrangente e precisa	5,3%	10,5%	5,3%	57,9%	21,1%				47,4%	52,6%
Ofereço *Feedback* após a realização da atividade pelo aprendiz ou sempre que for oportuno para promover a aprendizagem	5,3%			52,6%	47,4%				21,1%	78,9%

4.3 Percepção dos preceptores sobre o PRODEP e a sua contribuição na prática da preceptoria.

Com o objetivo de identificar a percepção dos preceptores acerca da contribuição do PRODEP para a prática da preceptoria, foi realizado contato com os 19 preceptores que responderam à avaliação retrospectiva pós-pré. Destes, 8 aceitaram participar da etapa de entrevistas, sendo, 4 preceptores da residência médica e 4 da residência multiprofissional.

Concluídas as entrevistas, deu-se início à transcrição e análise dos registros. Optou-se pela abordagem da análise de conteúdo. Nesse processo, as falas dos participantes foram categorizadas de acordo com as etapas estabelecidas para a análise de conteúdo, a saber: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados, conforme detalhado no capítulo anterior. Após análise, foram evidenciadas três categorias analíticas: percepções acerca da pertinência e metodologia do curso; o papel de educador; mudança na prática da preceptoria após a realização do PRODEP, com suas respectivas subcategorias.

4.3.1 Percepções acerca da pertinência e metodologia do curso

4.3.1.1 Reflexões sobre o curso

Essa subcategoria emergiu a partir das considerações e análises dos entrevistados acerca do curso, englobando reflexões, avaliações, comentários, experiências vivenciadas e percepções gerais.

Ao analisar as considerações dos preceptores sobre o curso, identificam-se pontos positivos, como a relevância do desenvolvimento em preceptoria, a abrangência do curso, além das diferentes experiências e impressões, conforme falas a seguir:

*"Prá mim tudo foi válido porque foi o primeiro programa que a gente teve, o primeiro auxílio que a gente teve de orientar e acolher a gente como preceptor." (*P1)

Alguns entrevistados destacaram a relevância do curso para o seu desenvolvimento:

"Foi extremamente importante para o meu processo aqui, inclusive, de formação como preceptora e como coordenadora de eixo...Então, prá mim foi muito transformador." (P3)

Outros englobam a abrangência do curso e a importância de mais profissionais se desenvolverem:

*"As pessoas acham que só um treinamento a mais e não é só um treinamento a mais! É formativo! Inclusive, devia fazer parte do currículo de todo mundo que faz mestrado." (*P4)

Embora os principais pontos levantados nas entrevistas, em relação a este tema, já tenham sido evidenciados na avaliação de reação, essa apreciação geral sobre o curso foi confirmada pelos entrevistados. A análise das percepções sobre o curso, corroborada pelos entrevistados, reforça a significativa contribuição do programa para o aprimoramento profissional e o papel fundamental que desempenha na formação de preceptores.

4.3.1.2 Metodologia adotada no curso

Nessa subcategoria foi discutido o conjunto de abordagens e estratégias adotadas para facilitar o processo de aprendizagem ao longo do curso.

Os entrevistados reconhecem elementos positivos, como a dinâmica do curso, conforme falas a seguir:

"*... professores colocavam a gente para participar, comentando, davam depoimentos e essa interação foi boa." (*P1)

Ressaltaram também os métodos de avaliação:

"Do ponto de vista metodológico do curso eu acho que foi muito bom, inclusive, porque nos fez estudar de uma maneira mais significativa. Teve os testes que é uma maneira de ver exatamente o que eu aprendi, principalmente, naquele exercício de fazer as EPAs..." (P4)

Foram evidenciadas também apreciações sobre o material didático e conteúdo:

"...ter um material para ler, para registrar...acho que fez a diferença também." (P4)

*"Os conteúdos muito relacionados ao que a gente vivencia na prática." (*P8)

Em relação ao formato do curso os entrevistados destacaram a flexibilidade proporcionada pelo formato híbrido, sem abrir mão dos encontros presenciais, conforme falas a seguir:

"Gostei mais híbrido do que o presencial completo. Você pode fazer no seu horário de folga...Mas,os encontros presenciais com a possibilidade de discutir com o orientador que está lá, é interessante." (P2)

"Ter esse formato híbrido também - uma parte on-line e outra presencial - mas acho importante ter presencial, não tem a mesma troca quando é on-line..." (P6)

"Eu achei interessante porque foi híbrido, algumas aulas eram presenciais, algumas on-line e isso já dava uma flexibilidade maior de horários...Eu acredito que o presencial ainda tem um valor muito importante...nas aulas presenciais tivemos experiências muito ricas. O networking é muito importante..., Mas como teve a junção das duas, conseguiu um desempenho muito interessante. "(P7)

A análise dos dados permitiu identificar a aprovação dos preceptores em relação à flexibilidade proporcionada pelo formato híbrido (presencial e online), embora enfatizem a importância dos encontros presenciais para o aprendizado e troca de experiências. Essas considerações evidenciam uma abordagem multifacetada e adaptativa na metodologia do curso, atendendo às diversas necessidades e preferências dos participantes.

4.3.1.3 Sugestões e desafios

Essa subcategoria emergiu de *Feedback*s e propostas apresentadas pelos entrevistados, indicando áreas de aprimoramento e pontos positivos relacionados ao curso. Refere-se às recomendações e obstáculos identificados pelos entrevistados.

Algumas sugestões envolvem melhorias na divulgação do curso, como o entrevistado P4:

"E sinto falta de mais divulgação nesse sentido, da importância do PRODEP - não só como um programa de desenvolvimento de preceptores, mas como desenvolvimento de pessoas que se propõem a trabalhar numa instituição que é educativa." (P4)

Outro aspecto abordado pelos entrevistados, refere-se à necessidade de tornar o curso mais frequente.

*"Acho que ter o curso de forma anual ou a cada dois anos faz toda diferença para quem está em contato direto com os alunos." (*P3)

*"O que eu acho que é um programa que a gente tem que ter atualizações, tem que tá revendo, não pode ter uma vez e interromper, ser mais constante...Teria que ter um espaço de tempo mais curto..." (*P8)

Outros entrevistados endossam o pedido para que o curso tenha um intervalo menor entre uma oferta e outra e também maior carga horária. Apresentam também sugestões no sentido de aprofundar alguns temas ou mesmo mudar a abordagem:

*"A única coisa que eu achei que poderia ter sido melhor foi em relação aos artigos. Como prá gente alguns temas eram novidade, alguns artigos eram de difícil entendimento... A distância foi grande entre uma aula e outra e o curso em si poderia ter sido mais extenso. Considero que ainda temos muito a aprender." (*P6)

"A gente fica com a sensação de querer mais. Então, talvez até ter mais dinâmicas, ter mais alguma outra metodologia, presencial - Por exemplo: a parte de construção de EPAs foi feita de modo autônomo. Talvez, se tivesse sido feito em grupo, poderia ser mais rico porque cada um traria sua contribuição e isso poderia otimizar o processo..." (P7)

Em relação aos desafios, os participantes abordam questões específicas, como a elaboração das *Entrustable Professional Activities* (EPAs):

*"Elaboração das EPAs. É novo pra mim e eu acho que ainda é um desafio porque eu ainda não consegui concluir e vejo como muito importante para o desenvolvimento dos residentes." (*P1)

A partir da análise das entrevistas, foi possível identificar pontos que podem contribuir para o aperfeiçoamento de programas de desenvolvimento em preceptoria, especialmente dentro da proposta

de educação permanente dos profissionais envolvidos nesta atividade. Sobre este último, destaca-se que o PRODEP é um programa institucional e tem a previsão de continuidade da oferta do módulo básico, assim como a oferta de módulos avançados para atender a necessidade de desenvolvimento contínuo dos preceptores.

4.3.2 O papel de educador

4.3.2.1 Reflexão sobre a prática

Essa subcategoria emerge com um olhar na perspectiva de autorreflexão da própria prática, na qual os relatos apontam para desafios associados à preceptoria, como: lidar com a diversidade de residentes ao longo dos anos e a questão da aprendizagem empírica.

"Eu assumi a preceptoria e depois a coordenação da residência e a gente vai trabalhando com mais pessoas, a cada ano entram pessoas novas, épocas diferentes, expectativas as mais variadas possíveis." (P1)

"Enquanto médico, a nossa inserção no mercado de trabalho, é inicialmente bem assistencial...No meu caso, foi assim! E, ao longo do meu exercício profissional, eu fui sendo exposta à função de preceptora. Então, eu não vim para ser preceptora, eu vim para ser uma assistente que se viu no papel de preceptora." (P4)

"Acabava que era um pouco empírico o que a gente fazia. A gente vai fazendo o que aprendeu quando era residente e vai passando isso prá frente." (P7)

4.3.2.2 Reflexão sobre o papel de educador

Nessa subcategoria construiu-se uma análise a partir de como os participantes percebem seu papel como educadores.

Os entrevistados trazem percepções acerca da necessidade de estarem atualizados, tanto em suas áreas de atuação profissional quanto na formação pedagógica, desenvolvendo maturidade pedagógica e aprimoramento na educação de adultos e *Feedback*.

A partir da análise do material foi possível identificar reflexões sobre o papel de educador, como na fala do P4:

"Eu sinto falta de que as pessoas entendam o quão importante é ter essa visão como educador, como preceptor, quando você está dentro de uma instituição que recebe residentes...Outra coisa também, ter um pouco mais de paciência com o residente, entender como ele precisa de mim para progredir dentro do curso dele de especialização. Também faz nos perceber num papel ativo na preceptoria." (P4)

Observa-se uma ênfase na importância do curso para desenvolver habilidades de acompanhamento individualizado, compreensão do tempo de aprendizado de cada residente e valorização da autonomia progressiva.

"Quando eu fiz o PRODEP me ajudou muito porque, muitas vezes, eu esperava o residente chegando pronto...durante o PRODEP pude ver que é importante acompanhar cada um com as suas demandas. (P1)

*"Desde a parte da educação médica em cirurgia até na parte da educação de adultos. Porque um dos objetivos da educação de adultos é essa autonomia..." (*P5)

A análise dos dados permitiu identificar o desenvolvimento de maturidade e fundamentação pedagógica, destacada na fala do P3:

*"Se eu for analisar de quando eu peguei minha primeira oportunidade, primeira turma, em março de 2017; se eu for analisar toda essa trajetória ao ponto que a gente tá hoje, é uma trajetória que está muito mais madura, mais fundamentada do ponto de vista pedagógico. Aí eu vejo que principalmente depois do PRODEP, houve uma mudança..." (*P3)

Destacam também alteração na percepção sobre ser exemplo para os residentes

"O residente deve se espelhar em você em muita coisa. Eu sempre fui próximo dos meus residentes, mas assim, essa vontade de querer ser exemplo, tocou muito em mim." (P2)

Alguns entrevistados trazem experiências de mudanças na percepção da importância do *Feedback*.

*"Principalmente, a importância do Feedback, como construir essas pontes de educação, como criar um cenário para um aluno desenvolver suas habilidades." (*P7)

4.3.3 Mudança na prática da preceptoria após a realização do PRODEP

4.3.3.1 Aplicação de estratégias pedagógicas

A subcategoria emergiu a partir da implementação do que foi aprendido no programa de desenvolvimento em preceptoria.

A partir da análise do material, é possível inferir que os preceptores expressam a influência positiva do PRODEP na adoção de estratégias pedagógicas na preceptoria. Os entrevistados expressam melhorias no planejamento, aplicação de metodologias de ensino e condução de ações educacionais, enfatizando a conexão entre teoria e prática:

*"O PRODEP me ajudou muito nisso e eu percebo uma diferença grande no meu trabalho antes e depois do PRODEP...De ouvir, fazer reunião, registrar...Eu fui montando um (portfólio) e adequando ele prá cá...a gente consegue unir teoria e prática. E com o passar do tempo elas (as residentes) conseguem avaliar e observar o crescimento delas (as residentes), quando chegam na residência e com o passar do tempo o que evoluíram. O PRODEP me ajudou muito nisso!" (*P1)
*"Tive a oportunidade de me atualizar nas metodologias e trazer isso e aplicar na ponta...Para os especializandos na época eu já comecei a fundamentar, mostrar pra eles os cinco níveis (de autonomia) que eu acho que ajuda muito na avaliação, principalmente na avaliação deles. Dá uma fundamentação mais robusta..." (*P3)

Percebe-se também uma fundamentação teórica, relacionada às EPAs, níveis de autonomia associados, metodologias de ensino adequadas ao nível de formação e objetivos de aprendizagem, trazendo embasamento para a prática e mudanças na formação dos residentes e especializandos.

"Principalmente nessa questão de tentar aplicar - não vou dizer que eu consegui aplicar cada método que aprendi de maneira completa em todos os residentes porque a gente trabalha com residentes iniciantes, mais avançados, enfim...mas eu consegui enxergar qual residente se encaixava melhor na maneira que eu estava ensinando...E foi interessante porque depois que eu aprendi e eu vi as metodologias de ensino, como: OMP, SNAPPS e demais, eu pensei assim: eu já faço isso no dia a dia, mas eu não tinha essa visão de como que eu aplicava isso. E aí, eu consegui aprendendo como são, aplicá-las de maneira mais correta..." (P4)

"Até porque logo depois do PRODEP mudou o currículo. Acho que mesmo sem o PRODEP mudaria alguma coisa. Mas, o PRODEP serviu para preparar para o novo currículo. Todo mundo que fez teve essa sensação de: "ainda bem que fiz porque preparou para receber essas novas atividades - no preenchimento das EPAs, a entender o significado de cada nível de autonomia." (P5)

"Eu achei muito interessante porque faz uma quebra do olhar e a gente vê a importância de usar algumas ferramentas, por exemplo: metodologia de avaliação como EPAs, que, apesar de já saber, entender o contexto todo por trás foi muito importante" (P7)

4.3.3.2 Relacionamento com os residentes/especializandos

Esta subcategoria engloba a transformação nas relações entre os preceptores e os residentes, resultante da participação no PRODEP.

Essa transformação inclui uma mudança na abordagem, valorizando o acompanhamento individualizado das demandas de cada residente, sensibilizando os preceptores para compreender as expectativas dos residentes e oferecer suporte personalizado.

"...Durante o PRODEP pude ver que é importante acompanhar cada um com as suas demandas...Então eu começo a valorizar e respeitar mais o tempo de cada um, puxando mais um, ajudando mais outro, soltando um pouco a mais a medida que a pessoa vai adquirindo autonomia. O PRODEP me ajudou a enxergar isso com muito mais clareza...(P1)

"Começa a enxergar as pessoas de outra maneira...O curso acho que ele sensibiliza a gente prá mostrar o que o residente espera da gente e o que a gente tem para oferecer prá ele também." (P2)

Corroborando a sensibilização, há uma ênfase na paciência, tolerância e cuidado na comunicação, evitando abordagens imediatas ou constrangedoras.

*"...ter um pouco mais de paciência com o residente, entender como ele precisa de mim para progredir dentro do curso dele de especialização...Então aquela questão assim do imediatismo, de chamar a atenção na hora, as vezes, na frente de todo mundo...Coisas que eu fazia no passado, hoje eu tenho maior cuidado...A gente percebe até no Feedback que recebe deles... falam de como aproveitaram, o quanto aprenderam, me agradecem pela experiência...coisa que há anos atrás não era tão frenquente acontecer. Então você ver que vai melhorando como professor, preceptor e até como pessoa." (*P4)

*"Acho que teve sim essa diferença até do olhar de expectativa que a gente tinha pelo residente. Porque a gente às vezes queria que ele tivesse uma proatividade que eu tinha na minha época e ele não tinha, aí ficava um pouco mais resistente com essa pessoa. A gente passa a entender que tem que criar abordagens diferentes para pessoas diferentes...Eu acho que a gente vai adquirindo bagagem e vai mudando a percepção das coisas. A gente acaba tendo os filtros de inferência, né: "na minha época foi dessa forma...", "quando eu fui residente eu me comportava dessa forma...", e no PRODEP a gente começa a entender que cada aluno tem suas particularidades e a gente tem que tentar encaixar qual metodologia vai ser mais adequada para cada um." (*P7)

4.3.3.3 Avaliação dos residentes/especializandos

Outra subcategoria que emergiu dentro de mudança na prática da preceptoria, aponta uma abordagem mais estruturada na avaliação do residente.

Nesse aspecto, nota-se uma ênfase significativa no papel do *Feedback* na prática de preceptoria, revelando estratégias específicas e mudanças observadas pelos entrevistados. Os entrevistados destacam a importância do *Feedback* individual, evidenciado por reuniões e encontros específicos com cada residente. Essa abordagem personalizada permite uma comunicação mais direta, a identificação de dificuldades e a oferta de suporte de maneira mais eficaz. Relatam também a realização de reuniões conjuntas e a formação de comitês para avaliação, o que indica um esforço coordenado na análise do desempenho dos residentes e o uso de critérios avaliativos e a identificação do nível de autonomia, com base nas EPAs (*Entrustable Professional Activities*).

"Sempre a gente numa conversa, num bate papo, numa discussão de caso aqui dá prá dar um retorno, escutar um pouco, perceber uma dificuldade, pontuar alguma coisa, tentar ajudar de alguma forma, como preceptor...Faço reunião junto e faço reunião individual para dar retorno, sem expor...Aí eu me sento com cada um de forma individual, passo o que foi discutido nessa reunião e aí eu formalizo esse encontro meu com eles também de forma individualizada, prá dar o Feedback." (P1)
"...Quando a gente faz a avaliação, a gente utiliza a metodologia de fazer uma reunião com todos os preceptores, faz um comitê de avaliação, que é inclusive uma das diretrizes. A partir desse Comitê, a gente faz a avaliação padrão e eu procuro acrescentar em qual nível (autonomia) de EPA aquele aluno está, até prá gente conseguir visualizar de uma maneira mais clara como está sendo a evolução da formação do aluno." (P3)

E demonstram a aplicação do *Feedback* como parte do processo de avaliação dos residentes/especializandos:

"Eu falei que uma das aulas que mais me marcou foi sobre Feedback. A gente o tempo todo está ensinando, naquela correria, meio que automatismo e esquece de falar com o residente o que foi de bom o que foi de ruim. Às vezes a gente fala mais do que foi ruim...As EPAs acabaram me resgatando isso. É um momento que eu sento e avalio, faço um texto..."desempenhou a técnica..." "precisa melhorar, estudar, aprimorar...". Na EPA eu tenho dado o Feedback. Eu tenho exercido mais frequentemente essa questão do retorno ao residente depois do PRODEP." (P4)

"Porque a gente já tendia a incentivar a autonomia dos residentes, mas acabava segurando porque não tinha uma base para seguir, era muito no feeling, quando eu sentia que podia dar mais autonomia. Aí, depois do PRODEP, eu vi que aquilo é bem estabelecido, que tem os critérios avaliativos e, como passou para o currículo baseado em EPAs, a gente sabe exatamente em qual momento..." (P5)

"Acho que melhorei em relação ao Feedback, tentar ensinar de acordo com o ritmo de aprendizado." (P6)

"Eu acho que talvez o Feedback que eu pude aplicar mais. (P8)

5 DISCUSSÃO

A maioria dos participantes da pesquisa completou o PRODEP em 2022, sendo predominantemente do sexo feminino, concentrando-se na faixa etária de 30 a 50 anos. A maior parte possui mais de 10 anos de formação, com menos de 10 anos de experiência na preceptoria. Além disso, a maioria detém uma titulação de especialista, e há uma distribuição equilibrada entre aqueles que atuam na preceptoria de residência/especialização médica e multiprofissional.

A avaliação de reação teve resultados positivos, tanto da edição de 2019 quanto da edição de 2022, corroborando com os resultados apontados na literatura. No modelo de Kirkpatrick para avaliação de treinamentos, a reação é definida como a percepção sobre o treinamento, abrangendo tanto aspectos afetivos (como gostar do treinamento) quanto instrumentais (como perceber a utilidade do treinamento), constitui o primeiro nível de avaliação do impacto do treinamento. Conforme destacado por Kirkpatrick (2016), é imperativo avaliar todos os programas neste nível como um meio de impulsionar melhorias. Uma reação positiva não assegura, obrigatoriamente, o processo de aprendizagem, no entanto, a reação negativa e a insatisfação certamente diminuem as chances de efetiva aprendizagem.

Os resultados da avaliação retrospectiva pós-pré revelam mudanças nos níveis de conhecimento dos preceptores após a participação no curso. A análise dos resultados demonstrou que os participantes se tornaram mais conscientes em relação ao aprendizado em cada tema estudado. Isso pode ser inferido a partir do aumento de respostas indicando que concordam totalmente em cada uma das afirmativas.

Levinson *et al.*, (1990), investigou a eficácia da avaliação de cursos por meio de autoavaliações, com foco na mudança de resposta dos participantes. Comparando um método convencional pré-pós com um método retrospectivo, com uma avaliação retrospectiva pós-pré, os resultados indicaram que a coleta de autoavaliações retrospectivas em um único momento pode ser mais eficaz e precisa do que o método convencional pré-pós para avaliar a eficácia de programas educacionais. Skeff *et al.*, (1992), compararam as mudanças nas classificações de autoavaliação pré-pós tradicionais com as mudanças nas classificações de autoavaliação pós-pré retrospectivas, na avaliação de um programa nacional de desenvolvimento docente e revelou que as comparações retrospectivas pós-pré foram mais sensíveis e válidas, indicando mudanças significativas no desempenho e atitudes docentes em comparação com as abordagens tradicionais.

As entrevistas realizadas com preceptores da residência médica e multiprofissional foram analisadas pela metodologia de análise de conteúdo. Esta abordagem permitiu uma organização sistemática das falas dos participantes, e, após um processo cuidadoso de categorização, foram identificadas três categorias principais: percepções acerca da pertinência e metodologia do curso; o papel de educador; mudança na prática da preceptoria após a realização do PRODEP.

A análise das percepções sobre o curso, corroborada pelos entrevistados, reforça a significativa contribuição do programa para o aprimoramento profissional e o papel fundamental que desempenha na formação de preceptores, evidenciado pela aprovação da metodologia do curso. A flexibilidade proporcionada pelo formato híbrido do curso ressaltada pelos preceptores vai de encontro às recomendações de Autonomo *et al.*, (2015), que defendem a incorporação de estratégias flexíveis e adaptativas nos programas de formação de preceptores para atender às diversas necessidades e preferências dos participantes.

Os preceptores destacaram a relevância do curso para o desenvolvimento profissional, mencionando a importância da abordagem formativa. Nesse contexto, Barreto *et al.* (2011) enfatizam a necessidade de programas de formação de preceptores que vão além de simples repasses de conhecimentos, promovendo uma visão formativa e reflexiva da prática educacional. Os autores destacam que a formação de preceptores deve abordar não apenas aspectos técnicos, mas também as habilidades interpessoais necessárias para uma atuação eficaz.

Em relação ao papel como educadores, os relatos são compatíveis com os dados encontrados na literatura no sentido de que, embora os preceptores possuam expertise técnica em suas áreas de atuação, a habilidade pedagógica muitas vezes é adquirida de forma empírica, resultando em lacunas no desenvolvimento de estratégias eficazes de ensino-aprendizagem. A análise dos dados permite demonstrar a natureza dinâmica e adaptativa do papel de preceptor, moldado pela interação com diferentes perfis de residentes e experiências pessoais.

As reflexões dos preceptores sobre seu papel como educadores remetem à importância do desenvolvimento de maturidade pedagógica, destacada por Autonomo *et al.* (2015). A necessidade de atualização nas áreas de atuação profissional e formação pedagógica ressoam com a ideia de que a preceptoria vai além do conhecimento técnico, exigindo habilidades específicas relacionadas à educação de adultos.

A mudança percebida na aplicação de estratégias pedagógicas, evidenciada pelos preceptores, reflete uma abordagem mais estruturada e fundamentada na prática educativa. McLean *et al.*, (2008) destaca a importância do nível "micro" em processos de mudança, concentrando-se nas interações e

relacionamentos diários que moldam as atividades individuais, identificando quatro condições cruciais: o desejo de mudar, o conhecimento sobre o que fazer e como fazer, um ambiente de trabalho propício e recompensas para aqueles que abraçam a mudança. Essa abordagem destaca a importância de considerar o nível micro na promoção eficaz da mudança no contexto do desenvolvimento do corpo docente/preceptores.

Os participantes destacaram o relacionamento com os residentes, evidenciando uma maior atenção à escuta, paciência e Feedback construtivo. O curso contribuiu para o fortalecimento do vínculo entre preceptores e residentes, enfatizando a importância de se tornar um exemplo positivo e incentivando a autonomia progressiva durante o processo de formação. Barreto *et al.*, (2011), destacam que a interação entre o preceptor e o educando representa uma ferramenta fundamental para a promoção do trabalho coletivo. Para que esse processo ocorra de maneira eficaz, é crucial aceitar e valorizar tanto o conhecimento teórico quanto os sentimentos trazidos pelo educando. Nesse sentido, o preceptor adota uma postura de crítica amorosa e cuidadosa, evitando qualquer intenção de inferiorizar o estudante. A horizontalidade da relação se manifesta quando o preceptor não se coloca como detentor absoluto da verdade. Dessa forma, distancia-se do paradigma da educação bancária, no qual o estudante é tratado como mero depositário do saber do preceptor.

Um estudo que objetivou compreender as concepções e vivências de alunos e egressos do curso de especialização em Preceptoria acerca da preceptoria na formação médica apontou que as experiências com os preceptores durante a residência revelaram- se bem heterogêneas entre os relatos, destacando-se positivamente aquelas em que os preceptores demonstraram maior capacidade de compreensão, empatia e estabelecimento de vínculo com os residentes. (Ministério da Saúde, 2010b).

Esse olhar em relação a avaliação do residente, reflete uma mudança em relação ao que é praticado em termos de avaliação ao longo da história. Barreto *et al.*, (2011) destacam que a prática da avaliação é pouco comum na maioria dos programas educacionais, no ensino em serviço, graduação ou pós-graduação. Quando ocorre, tende a seguir métodos tradicionais de avaliação, com foco em provas objetivas pontuais ao final de módulos ou rodízios, predominantemente quantitativos.

Autonomo *et al.*, (2015), reforçam a importância dos preceptores propiciarem a aplicação do conhecimento teórico dos residentes nas atividades práticas da equipe; realizarem a avaliação do residente (junto à equipe e aos docentes/tutores) e estimulem a autoavaliação.

Além disso, a análise revela o reconhecimento da importância do Feedback na prática da preceptoria, indicando uma mudança positiva nesse aspecto específico. A compreensão da autonomia

na educação de adultos, a superação de abordagens expositivas unidirecionais e a busca por criar um ambiente propício para o desenvolvimento de competências também são destacadas como aspectos valiosos na reflexão sobre o papel do educador. Percebe-se uma mudança de perspectiva dos preceptores em relação à sua prática e papel educacional. A experiência do curso influenciou positivamente a forma como eles se veem como educadores e como refletem sobre sua prática.

O desenvolvimento do corpo docente, incluído aqui o corpo de preceptores, é uma tarefa desafiadora e não há um modelo único ou solução rápida. Os requisitos mínimos para a profissionalização da prática docente incluem sustentação por teorias de aprendizagem, adaptação às necessidades individuais e institucionais, promoção do desenvolvimento pessoal e profissional, e orientação para a tarefa. Estratégias bem- sucedidas podem envolver incentivos e reconhecimento do valor dos membros do corpo docente. O desenvolvimento futuro deve considerar a globalização, a colaboração interprofissional e a responsabilização do corpo docente, integrando a profissionalização do ensino na vida de cada profissional de saúde (Steinert., 2010).

Limitações do estudo

Algumas limitações deste estudo são um possível viés de memória, tendo em conta o tempo que passou entre a frequência do PRODEP e o momento da pesquisa, e o tamanho da amostra, sobretudo de participantes na edição de 2019. Apesar disso, este estudo não apenas oferece uma caracterização aprofundada da amostra e resultados positivos na avaliação de reação, mas também destaca mudanças percebidas na prática da preceptoria e contribui para a compreensão da importância de programas de desenvolvimento educacional para profissionais de saúde.

6 CONCLUSÃO

A presente pesquisa buscou compreender a contribuição do Módulo Básico de um Programa de Desenvolvimento em Preceptoria - PRODEP, utilizando o modelo de avaliação proposto por Donald Kirkpatrick. Os resultados e análises, indicam que o PRODEP teve um impacto na prática dos preceptores, não apenas no conhecimento técnico, mas também nas habilidades pedagógicas e na perspectiva sobre o papel educacional. A aplicação do modelo de avaliação de Kirkpatrick proporcionou uma compreensão geral do curso, desde a reação inicial até as mudanças percebidas na prática profissional, a partir da aplicação do que foi aprendido no curso.

Diante da análise realizada, a partir da avaliação baseada nos níveis de Kirkpatrick, destaca-se a avaliação de reação positiva e a autopercepção da aprendizagem. A abordagem qualitativa, por meio da análise de conteúdo das entrevistas, revela percepções significativas dos preceptores sobre a contribuição do curso para a prática da preceptoria. As mudanças observadas nas estratégias pedagógicas, no relacionamento com os residentes e na avaliação evidenciam uma evolução positiva na abordagem dos preceptores após a participação no curso.

A literatura apresentada ao longo da discussão enriquece a compreensão do contexto da preceptoria na formação das profissões da saúde, destacando a importância da profissionalização e a complexidade do papel de preceptor que ultrapassa a perspectiva do cuidado para se expressar em atividades que requerem conhecimentos educacionais.

O curso analisado é parte do esforço institucional coordenado pelo NEDUC e os resultados encontrados na pesquisa demonstram sua contribuição ao promover reflexão, aprimorar habilidades pedagógicas e influenciar positivamente a prática dos preceptores. Recomenda-se que futuras pesquisas aprofundem a análise até o nível quatro de Kirkpatrick, investigando os impactos nos resultados e desempenho organizacional.

REFERÊNCIAS

Amaral, E., Campos, H. H., Friedman, S., Morahan, P. S., Araujo, M. N. T., Júnior, P. C., ... & Campos, F. (2012). An educational international partnership responding to local needs: process evaluation of the Brazil FAIMER Regional Institute. *Education for Health*, *25*(2), 116-123.

Armitage, P., & Burnard, P. (1991). Mentors or preceptors? Narrowing the theorypractice gap. *Nurse Education Today*, *11*(3), 225-229.

Ausubel, D. P. (1982*). A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel*. São Paulo: Moraes.

Autonomo, F. R. D. O. M., Hortale, V. A., Santos, G. B. D., & Botti, S. H. D. O. (2015). A Preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária–Análise das Publicações Brasileiras. *Revista brasileira de educação médica*, *39*, 316-327.

Bain, L. (1996). Preceptorship: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, *24*(1), 104-107.

Baker, L., Leslie, K., Panisko, D., Walsh, A., Wong, A., Stubbs, B., & Mylopoulos, M. (2018). Exploring faculty developers' experiences to inform our understanding of competence in faculty development. *Academic Medicine*, *93*(2), 265.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70.

Barr, H., Freeth, D., Hammick, M., Koppel, I., & Reeves, S. (2000). Evaluations of interprofessional education. *London: United Kingdom Review of Health and Social Care*.

Barreto, V. H. L., Monteiro, R. O. D. S., Magalhães, G. S. D. G., Almeida, R. C. C. D., & Souza, L. N. (2011). Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *35*, 578-583.

Bhanji, F., Gottesman, R., de Grave, W., Steinert, Y., & Winer, L. R. (2012). The retrospective pre–post: A practical method to evaluate learning from an educational program. *Academic emergency medicine*, *19*(2), 189-194.

Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista eletrônica dos pós-graduandos em sociologia política da UFSC*, *2*(1), 3.

Botti, S. H. D. O. (2009). *O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de Residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino* (Tese de doutorado), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Botti, S. H. D. O. (2012). Desenvolvendo as competências profissionais dos residentes. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto [Internet]*, *11*(Supl. 1), 102-106.

Botti, S. H. D. O., & Rego, S. (2008). Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. *Revista brasileira de educação médica*, *32*, 363-373.

Câmara, R. H. (2013). Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, *6*(2), 179-191. http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf

Delbone, R. M., & Moura, A. S. (Eds.). (2022). *Série EPAs na formação em saúde: Cadernos da residência médica: Volume 1: Currículo baseado em EPAs do programa de residência médica de cirurgia geral*. Belo Horizonte: Faculdade Santa Casa BH http://pergamum.faculdadesantacasabh.org.br:8080/pergamumweb/downloadArquivo?vinculo=OTFGRTU5OVkyOWtSVzF3Y21WelIUMDNOVGdtWVdObGNuWnZQVGNtYzJWeFVHRnlZV2R5WVdadlBURW1jMlZ4VTJWalIXODlPQ1pyWVhKa1pYZzlUaVpzYjJOaGJFRnljWFZwZG04OVEwOU5VRUZTVkVsTVNFRk5SVTVVVHladW.

Duarte, T. & Queiroz, L. (2023). *Net Promoter Score: entenda o que é o NPS e como implementar esta métrica na sua empresa!* Track.co. https://track.co/blog/net-promoter-score/

Faculdade Santa Casa BH. (2021). *Plano de Desenvolvimento Institucional – PDI 2021-2025*. Belo Horizonte: FSCBH.

FAIMER. (2023). *Foundation for Advancement of International Medical Education and Research*. https://www.faimer.org/

Fajardo, A. P. (2011). *Os tempos da docência nas residências em área profissional da saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde* (Tese de doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Ferreira, J. R., Haddad, A. E., Brenelli, S. L., Cury, G. C., Puccini, R. F., Martins, M. D. A., & Campos, F. E. (2012). Pró-Saúde e PET-Saúde: experiências exitosas de integração ensino-serviço. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *36*, 3-4.

Feuerwerker, L. C. M. (1997). *Mudanças na educação médica e residência no Brasil.* Dissertação de mestrado, Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6131/tde-21062018-145543/publico/MTR_688_Feuerwerker_1997.pdf.

Feuerwerker, L. C. M. (2011). As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação. *In*: Ribeiro, V. B. (Ed.), *Formação pedagógica dos preceptores do ensino em saúde* (pp. 29-36). Juiz de Fora: UFJF.

Frank, J. (2005). *The CanMEDS 2005 physician competency framework: Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa: The Royal College Physician and Surgeon of Canada

Frank, J., Snell, L. S., & Sherbino, J. (2015). *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Surgeons of Canada.

Freire, P. (2009). *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa* (40a ed.). São Paulo: Paz e Terra.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The lancet*, *376*(9756), 1923-1958.

Kirkpatrick, D. L, & Kirkpatrick, J. D. (2006). Evaluating training programs: The four levels. (3rd ed.). San Francisco: Berrett-Koehler.

Kirkpatrick, J. D., & Kirkpatrick, W. K. (2016). *Kirkpatrick's four levels of training evaluation*. USA: Association for Talent Development.

Klatt, J., & Taylor-Powell, E. (2005). *Program Development and Evaluation: Using the Retrospective Post-then-Pre Design, Quick Tips #27*. University of Wisconsin-Extension, Madison, WI.

Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5a ed.). São Paulo: Atlas.

Lam, T. C. & Bengo, P. (2003). A comparison of three retrospective self-reporting methods of measuring change in instructional practice. American Journal of Evaluation, 24(1), 65-80.

Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. (2005, julho 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 nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.

Levinson, W., Gordon, G., & Skeff, K. (1990). Retrospective versus actual pre-course self-assessments. *Evaluation & the health professions*, *13*(4), 445-452.

Libâneo, José Carlos. (1990). *Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos*. São Paulo: Edições Loyola

Lieff, S. J. (2010). Faculty development: yesterday, today and tomorrow: guide supplement 33.2–viewpoint. *Medical teacher*, *32*(5), 429-431.

Luckesi, C. C. (2011). *Avaliação da aprendizagem: componente do ato pedagógico*. São Paulo: Cortez.

Macedo, C. G. (1999). Apresentação. In: Almeida, M., Feuerwerker, L., & Lanos, M. (Eds.), *A educação dos profissionais de saúde da américa latina* (pp. 9-11). São Paulo: Hucitec.

Marins, J. J. N. (2011). Formação de preceptores para a área de saúde. In: Ribeiro V. M. B. (Ed.), *Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde* (pp. 47-52). Juiz de Fora: Ed. UFJF.

Martins, A. R., *et al*. (2010). Residência Multiprofissional em Saúde: o que há de novo naquilo que já está posto. In: Fajardo, A. P., Rocha C. M. F., Pasini V. L. (Orgs.), *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde (*Cap. 4, pp. 75-90). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Mattos, M. C. I. D. (1997). Ensino médico: o que sabemos?. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, *1*, 193-196.

McLean, M., Cilliers, F., & Van Wyk, J. M. (2008). Faculty development: yesterday, today and tomorrow. *Medical teacher*, *30*(6), 555-584.

Medeiros, N. M. H. (2015). *Educação permanente em saúde: gestão e ensino na concepção dos trabalhadores*. São Paulo: Fap-Unifesp.

Mendes, R. M., & Miskulin, R. G. S. (2017). A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cadernos de Pesquisa*, *47*(165), 1044-1066.

Michel, J. L. M., Batista de Oliveira, R. A., & Nunes, M. P. T. (2011). A residência médica e a preceptoria, a supervisão e a coordenação. *Cadernos da ABEM*, 7, 35.

Minayo, M. C. S. (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco.

Ministério da Educação. (2007). *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf

Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: MS. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf.

Ministério da Saúde. (2010a) *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET*. Brasilia:MS. https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/pet-saude

Ministério da Saúde. (2010b). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde.* Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Ministério da Saúde. (2023). R*esidência em área profissional da saúde uni e multiprofissional*. Brasília: MS. https://www.gov.br/mec/pt-br/residenciamultiprofissional

Mizukami, Maria da Graça Nicoletti. (1986). *Ensino: as abordagens do processo*. São Paulo: EPU.

Nogueira, D. L., de Sousa, M. D. S., de Araújo Dias, M. S., Pinto, V. D. P. T., Lindsay, A. C., & Machado, M. M. T. (2022). Educação em saúde e na saúde: conceitos, pressupostos e abordagens teóricas. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, *21*(2).

Nóvoa, A. (Ed.). (1995). *Vidas de professores* (2.ª ed.). Porto: Porto Ed.

Nunes, T. P. M., Michel, J. L. M., Haddad, A. E., Brenelli, S. L., & Oliveira, R. A. B. (2011). A residência médica, a preceptoria, a supervisão e a coordenação. *Cad Bras Med*, *7*, 35-40.

O'Sullivan, P. S., & Irby, D. M. (2011). Reframing research on faculty development. Academic Medicine, 86(4), 421-428.

Paschoal, A. S., Mantovani, M. D. F., & Méier, M. J. (2007). Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41, 478-484.

Paula, G. B. (2019). *Papel e atribuições do preceptor na formação do profissional da saúde no contexto do ensino em cenários de prática do Sistema Único de Saúde* (Trabalho de Conclusão de Curso). Apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Pereira, A. J., *et al*. (2018). *Formação de preceptores e tutores em saúde: construção de caminhos. Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente assistencial em experiência viva*. Rede UNIDA, Porto Alegre, 88-101.

Perrenoud, P., & Thurler, M. A. (2002). *As competências para ensinar no século XXI*. Porto Alegre: Artmed.

Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009 (2009, 13 novembro). 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. *Diário Oficial da União*.

Portaria nº 1.111/GM, de 5 de julho de 2005. (2005, 7 julho). Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.

Pratt, CC, McGuigan, WM, & Katzev, AR (2000) Medindo os resultados do programa: Usando pré-teste retrospectivo metodologia. Jornal Americano de Avaliação, 21(3). 341-349.

Presidência da República. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. (2001). (21a ed.). Saraiva.

Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. (2012, 16 abril). Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. Seção I, p. 24-25.

Ribeiro, K. R. B., & Prado, M. L. D. (2014). A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *35*, 161-165.

Ricer, R. E. (1998). Defining preceptor, mentor, and role model. *Family medicine*, *30*(5), 328-328.

Rocha, H. C., & Ribeiro, V. B. (2012). Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *36*(03), 343-350.

Rodrigues, C. D. S. (2020). *Mobilização e estruturação de competências no trabalho da preceptoria da residência multiprofissional em saúde* (Tese de doutorado, Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Romão, G. S., Romano, A. C., Preto, S. P., Romão, G. S., Rocha, S. R., & Sá, M. F. (2021). A aprendizagem experiencial na. *Femina*, *49*(4), 219-22.

Santos, W. S. D. (2011). Organização curricular baseada em competência na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *35*, 86-92.

Sheets, K. J., & Schwenk, T. L. (1990). Faculty development for family medicine educators: an agenda for future activities. *Teaching and Learning in Medicine: An International Journal*, *2*(3), 141-148.

Skeff, K. M., Stratos, G. A., & Bergen, M. R. (1992). Evaluation of a medical faculty development program: a comparison of traditional pre/post and retrospective pre/post self-assessment ratings. *Evaluation & the Health Professions*, *15*(3), 350-366.

Sousa, E. G. D. (2021). A residência médica no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *9(2)*, 112-114.

Steinert, Y. (2010). Faculty development: from workshops to communities of practice. *Medical teacher*, *32*(5), 425-428.

Stewart, B. M., & Krueger, L. E. (1996). An evolutionary concept analysis of mentoring in nursing. *Journal of professional nursing*, *12*(5), 311-321.

Stuart-Siddall, S., & Haberlin, J. M. (1985). Qualities that make a preceptor. *RNABC news*, *17*(4), 28.

Taylor, D. C., & Hamdy, H. (2013). Adult learning theories: implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83. *Medical teacher*, *35*(11), e1561-e1572.

Ten Cate, O. (2005). Entrustability of professional activities and competency-bases training. *Medical education*, *39*, 1176-1177.

Uebel, A. C., Rocha, C. M., & Mello, V. R. C. (2003). Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM). *Boletim de Saúde, Porto Alegre*, *17*(1), 117-123.

World Health Organization - WHO. (2013). *Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013.* Genebra: WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/93635/9789241506502_eng.pdf

APÊNDICES

Apêndice A – Validação do questionário da Pesquisa Retrospectiva pós-pré

Pesquisa retrospectiva pós-pré-PRODEP

Prezado Sr. (a), você está sendo convidado a validar questionário que será aplicado aos egressos do PRODEP em uma pesquisa que estudará a contribuição do ¨Módulo Básico" do programa de desenvolvimento em preceptoria - PRODEP na prática da preceptoria.

Trata-se de um questionário em que cada participante indica seu grau de conhecimento nos temas abordados no curso, comparando o momento em que chegou para fazer a capacitação e o momento final.

Ao final de cada afirmativa, será destinado um campo para suas considerações sobre as afirmativas que compõem essa pesquisa.

Você foi selecionado (a) porque faz parte do grupo de preceptores que participou da elaboração e realizou o Módulo Básico do Programa de Desenvolvimento em Preceptoria da Faculdade de Saúde Santa Casa BH.

Desde já agradeço sua contribuição.

* Indica uma pergunta obrigatória

1. E-mail *

Sobre as afirmações abaixo, responda se você:

1= Discordo totalmente

2= Discordo parcialmente

3= Não concordo nem discordo

4= Concordo parcialmente

5= Concordo totalmente

2. Sinto-me capacitado para para desenvolver a atividade de preceptoria *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Discordo totalmente
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Concordo totalmente

3. Você achou esta pergunta clara? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

4. Considerações

_____

_____

_____

_____

_____

5. Levo em consideração os princípios da aprendizagem de adultos ao escolher minhas estratégias de ensino como preceptor *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Discordo totalmente
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Concordo totalmente

6. Você achou esta pergunta clara? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

7. Considerações

_____

_____

_____

_____

_____

8. Contribuo com desenvolvimento do raciocínio clínico aplicando métodos de ensino bem definidos *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

9. Você achou esta pergunta clara? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

10. Contribuições

11. Conheço o conceito de EPAs (Atividades Profissionais Confiáveis) *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Discordo totalmente
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Concordo totalmente

12. Você achou esta pergunta clara? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

13. Considerações

14. Sinto-me preparado para implementar EPAs (Atividades Profissionais Confiáveis) no meu contexto (clínica, especialidade) *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Discordo totalmente
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Concordo totalmente

15. Você achou esta pergunta clara? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

16. Considerações

_____

_____

_____

_____

_____

17. Adoto estratégias de ensino clínico estruturadas como o One Minute Preceptor (OMP) ou o SNAPPS *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Discordo totalmente
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Concordo totalmente

18. Você achou esta pergunta clara? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

19. Considerações

_____

_____

_____

_____

_____

20. Tenho segurança para avaliar a aprendizagem em cenário real de maneira abrangente e precisa *

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Discordo totalmente
- ☐ Discordo parcialmente
- ☐ Não concordo nem discordo
- ☐ Concordo parcialmente
- ☐ Concordo totalmente

21. Você achou esta pergunta clara? *

Marcar apenas uma oval.

- ◯ Sim
- ◯ Não

22. Considerações

23. Ofereço feedback após a realização do atividade pelo aprendiz ou sempre que for oportuno para promover a aprendizagem *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Discordo totalmente
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Concordo totalmente

Após participar do PRODEP (Programa de Desenvolvimento em Preceptoria)

24. Sinto-me capacitado para para desenvolver a atividade de preceptoria *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Discordo totalmente
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Concordo totalmente

25. Levo em consideração os princípios da aprendizagem de adultos ao escolher minhas estratégias de ensino como preceptor *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Discordo totalmente
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Concordo totalmente

26. Contribuo com desenvolvimento do raciocínio clínico aplicando métodos de ensino bem definidos *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Discordo totalmente
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Concordo totalmente

27. Conheço o conceito de EPAs (Atividades Profissionais Confiáveis) *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Discordo totalmente
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Concordo totalmente

28. Sinto-me preparado para implementar EPAs (Atividades Profissionais Confiáveis) no meu contexto (clínica, especialidade) *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Discordo totalmente
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Concordo totalmente

29. Adoto estratégias de ensino clínico estruturadas como o One Minute Preceptor (OMP) ou o SNAPPS *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Discordo totalmente
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Concordo totalmente

30. Tenho segurança para avaliar a aprendizagem em cenário real de maneira abrangente e precisa *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Discordo totalmente
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Concordo totalmente

31. Ofereço feedback após a realização do atividade pelo aprendiz ou sempre que for oportuno para promover a aprendizagem *

Marque todas que se aplicam.

- [ ] Discordo totalmente
- [ ] Discordo parcialmente
- [ ] Não concordo nem discordo
- [ ] Concordo parcialmente
- [ ] Concordo totalmente

32. Você tem alguma sugestão para melhorar a clareza das perguntas neste questionário?

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

Apêndice B - Roteiro de entrevista

QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL SOBRE A PARTICIPAÇÃO NO MÓDULO BÁSICO DO PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO EM PRECEPTORIA DA FACULDADE DE SAÚDE SANTA CASA BH

A pergunta norteadora da abordagem qualitativa em relação aos preceptores participantes é:

O "Módulo Básico" do programa de desenvolvimento em Preceptoria - PRODEP da Faculdade de Saúde Santa Casa BH influenciou mudanças nas práticas da preceptoria?

Com a finalidade de auxiliar a explanação dos preceptores a respeito da temática pesquisa:

1) Conteúdo pertinente à atividade de preceptoria. Avaliação acerca das metodologias utilizadas no curso.
2) Houve mudança na sua prática após realização do PRODEP? Caso positivo. Quais?
3) Relacionamento com aprendizes (internos e/ou residentes).
4) Percepção enquanto educador após a realização do curso.
5) Pontos positivos e os desafios do programa de capacitação de preceptores.

ANEXO

Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da implementação de um sistema de avaliação baseado em Atividades Profissionais Confiáveis - EPAs

Pesquisador: LUCIMARA ALVES DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 76459123.1.0000.5138

Instituição Proponente: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BELO HORIZONTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.642.136