

O processo de ensino e de aprendizagem em programas de residência em saúde de hospitais-escola de Belém: saberes e atitudes do enfermeiro preceptor

The teaching and learning process in health residency programs at teaching hospitals in Belém: knowledge and attitudes of preceptor nurses

Neiva José da Luz Dias Junior
José Benedito dos Santos Batista Neto
Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Belém/PA-Brasil
Jouhanna do Carmo Menegaz
Universidade Federal do Pará (UFPA)
Belém/PA-Brasil

Resumo

O objetivo do estudo é analisar o processo de ensino e de aprendizagem em programas de residência em saúde de hospitais-escola de Belém. Trata-se de uma pesquisa exploratória, do tipo descritiva com abordagem qualitativa. Participaram do estudo 17 enfermeiros preceptores de dois hospitais de ensino da região metropolitana de Belém. Utilizou-se entrevista com roteiro semiestruturado para coleta de dados, que foram analisados por meio da Análise de Conteúdo. Emergiram três categorias de análise “Organização do Trabalho”, “Processo de Ensino e de Aprendizagem” e “Processo de Avaliação”. Constatou-se que os enfermeiros preceptores realizavam supervisão direta e permanente junto ao residente, suas atividades de preceptoría se relacionavam ao cotidiano da clínica em que estavam alocados, e procuravam problematizar sua prática a partir das situações vivenciadas no cotidiano do trabalho.

Palavras-chave: Ensino-aprendizagem; Residência em saúde; Hospitais-escola.

Abstract

The objective of the study is to analyze the teaching and learning process in health residency programs at teaching hospitals in Belém. This is an exploratory, descriptive research with a qualitative approach. The study included 17 preceptor nurses from two teaching hospitals in the metropolitan region of Belém. An interview with a semi-structured script was used for data collection, which were analyzed using Content Analysis. Three categories of analysis emerged: “Work Organization”, “Teaching and Learning Process” and “Evaluation Process”. It was found that the preceptor nurses carried out direct and permanent supervision with the resident, their preceptorship activities were related to the daily routine of the clinic where they were allocated, and they sought to problematize their practice based on situations experienced in their daily work.

Keywords: Teaching-learning; Health residency; Teaching hospitals.

1. Introdução

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

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

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

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

Assim, emerge, como necessário, corrigirmos o descompasso presente na formação dos profissionais de saúde e repensarmos os campos de práticas e de saberes, com a finalidade de criarmos novas estratégias para a formação de profissionais da saúde (SILVA, 2013). Como forma de incentivar a implementação das mudanças desejadas, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), lançou o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-

SAÚDE), o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE) e o apoio às Residências Multiprofissionais em Saúde.

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

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

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

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

A partir do que fora exposta, o presente artigo possui como objetivo analisar o processo de ensino e de aprendizagem em programas de residência em saúde de hospitais-escola de Belém.

2. Percurso metodológico

O artigo é oriundo de uma dissertação de mestrado. A pesquisa trata-se de um estudo exploratório, do tipo descritivo, de natureza qualitativa, pois nos propiciou perceber o conhecimento das representações do participante do estudo por meio de seu discurso.

A pesquisa foi realizada em dois hospitais-escola, que estão inclusos em Programas de Residência em Saúde para enfermeiros, localizados na cidade de Belém, Pará. Participaram da pesquisa enfermeiros preceptores de programas de residência de ambos os hospitais. Para compor a amostra do estudo, utilizou-se amostragem por conveniência, uma vez que esperava-se a maximização e riqueza dos resultados.

Foram inclusos no estudo, os enfermeiros que atendiam aos seguintes critérios: 1) ser vinculado aos programas de residência em saúde; 2) exercer, no período mínimo de um ano, as atividades de preceptoria nos programas de residência em saúde; e 3) não estar em gozo de férias ou licenciado do trabalho por qualquer motivo no período de coleta de dados da pesquisa.

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

No que tange a coleta de dados, optou-se pela realização de entrevista com roteiro semiestruturado como método de coleta. A entrevista ocorreu em local privativo, previamente agendado, conforme escolha dos entrevistados e sendo solicitada a permissão para gravação das mesmas. O tempo das entrevistas variou de 20 a 30 minutos de duração. Posteriormente, procedeu-se ao processo de transcrição das entrevistas, que em seguida foram lidas e analisadas.

Para a análise dos dados obtidos, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo que, para Minayo (2011), é compreendida muito mais como um conjunto de técnicas e constitui-se na análise de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação bastante variada, e tem duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta

do que está por trás dos conteúdos manifestos. Tais funções podem ser complementares, com aplicação tanto em pesquisas qualitativas como quantitativas.

Salienta-se que a pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas em seres humanos nº 466/2012. Sendo assim, os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como tiveram o anonimato de suas identidades garantido. No mais, o projeto da pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 1.508.251, CAAE: 55030316.1.0000.0018.

3. Apresentação e discussão dos resultados

3.1. Categoria 1: Organização do trabalho

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

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

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

De início, quando a gente recebe os residentes, a gente procura fazer um certo acolhimento, explicar as rotinas [...]. Eles sempre vêm cheios de dúvidas, a medida do possível a gente orienta, procedimentos a gente deixa do lado, para dar oportunidade para a pessoa estar fazendo, a gente sempre está do lado, aí, quando está tranquilo, ótimo! (P4A).

O processo de ensino e de aprendizagem em programas de residência em saúde de hospitais-escola de Belém: saberes e atitudes do enfermeiro preceptor

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

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

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

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

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

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

A construção do trabalho interativo contribui para avançar no processo de ensino e de aprendizagem, tendo em vista o favorecimento da produção de conhecimento e do

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

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

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

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

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

3.2. Categoria 2: Processo de ensino e de aprendizagem

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

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

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

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

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

Quando eu observo que algum residente tem alguma dificuldade de assimilar, aprender ou executar algum procedimento, eu procuro chamar a atenção, apontar as falhas dele, ficar mais próximo dele, intensifico a supervisão, incentivo a meter a mão na massa, perder o medo. E mando ir estudar, pesquisar e trazer pra gente discutir, vou tentando resolver por aqui mesmo, já que a gente não tem instrução ou apoio pedagógico de como conduzir esse tipo de situação (P13B).

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

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

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

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

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

Ainda sobre o processo de ensino e de aprendizagem, é importante salientar que todo conhecimento científico disponível terá pouca significação se, no primeiro momento, não existirem o refletir e o identificar, na prática, os problemas do cotidiano. Nesse sentido, destacamos que a maioria dos preceptores utilizava estratégias muito semelhantes em suas

O processo de ensino e de aprendizagem em programas de residência em saúde de hospitais-escola de Belém: saberes e atitudes do enfermeiro preceptor

práticas educativas, como, por exemplo, relatos de caso, execução de procedimentos, discussão de artigos científicos, seminários e estudos individualizados.

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

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

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

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

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

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

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

Também costuma dar uma relação de assuntos que o mesmo deve estudar para melhor relacionar na prática. As vezes solicito que os residentes preparem aula de um determinado assunto relacionado com sua residência e campo de prática e no dia da apresentação deles vou dando orientações e relacionando com o dia

a dia. Depois, quando percebo que o residente já está seguro, já o deixo fazer algumas atividades sozinho e apenas supervisiono (P15B).

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

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

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

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

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

Como já discutimos anteriormente, o preceptor é o profissional da assistência à beira de leito que trabalha como docente junto aos residentes no cenário de prática real, colocando toda a sua experiência, bagagem de conhecimento teórico e habilidade prática a serviço desses estudantes. Contudo, deve também problematizar, fazer a mediação entre as

necessidades do serviço, promover reflexões sobre as concepções voltadas à promoção da saúde e sobre as políticas públicas. Em relação à equipe, cabe a responsabilidade pelo acompanhamento e o apoio na formação dos residentes, além de perceber as necessidades de aprendizagem de cada um (PAGANI, ANDRADE, 2012).

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

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

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

3.3. Categoria 3: Processo de avaliação

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

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

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

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

A CNRMS determina que as avaliações de desempenho dos residentes precisam ser realizadas semestralmente, devem ter caráter formativo e somativo, com a utilização de instrumentos que contemplem os atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores estabelecidos pela Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da instituição onde os programas são desenvolvidos (BRASIL, 2009).

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

Fazemos avaliação contínua dos residentes. Se eu identifico alguma dificuldade no decorrer do estágio relacionada à minha área, especificamente a enfermagem, eu vou tentar falar, refalar, trazer material, orientar estudo, a busca para estimular o residente a tentar entender aquilo. Se ainda assim não for viável, aí eu tenho que passar a bola, chamar a coordenação da residência, [...] e a gente tem que criar estratégia, chamar a equipe pedagógica, até porque a gente não foi capacitado de como devemos fazer essa avaliação.” (PA7)
“Estou avaliando eles o tempo todo e eles me avaliando também. Quando me deparo com essa situação (dificuldade de aprendizagem), primeiro eu procuro conversar, porque no próprio relato a gente pergunta o que está acontecendo, se ele realmente não está aprendendo, ou não está se esforçando para aprender. Alguns se mostram desinteressados, ou alguns apresentam uma dificuldade maior, muitas vezes porque têm medo aqui da UTI (P9A).

A gente vai fazendo a avaliação no dia a dia como pode. Quando dá tempo a gente senta e conversa com eles sobre a parte assistencial, a parte prática, tenta tirar alguma dúvida de teoria e eles também vão me dando o feedback do meu

O processo de ensino e de aprendizagem em programas de residência em saúde de hospitais-escola de Belém: saberes e atitudes do enfermeiro preceptor

trabalho na preceptoria. Quando não sei alguma coisa que eles perguntam, mando eles irem pesquisar e trazer pra gente discutir junto (P13B).

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

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

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

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

Perrenoud (2000) sustenta que uma das competências iniciais no ensino é saber regular os processos de aprendizagem, mais do que auxiliar o êxito da atividade. É importante que o preceptor consiga determinar, interpretar e memorizar os momentos significativos que ocorrem durante o processo e que contribuem para estabelecer um quadro de conjunto do residente e da sua atuação na realização das diversas atividades (assistenciais, gerenciais, educação permanente) propostas no âmbito da residência.

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

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

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

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

Para Perrenoud (2000) administrar as progressões de aprendizagem, ou seja, avaliar o educando, exige do professor o estabelecimento de laços entre teorias e atividades de aprendizagem. Essas teorias podem ser científicas ou simplesmente tradicionais ou imitativas. O professor precisa questionar-se sempre “por que se faz o que se faz”, e saber escolher e modelar as atividades em função daquilo que faz com que se aprenda melhor.

Para facilitar o acompanhamento e avaliação dos alunos, o autor sugere que o professor pode utilizar, além da observação contínua, diários e portfólios. É alerta ao lembrar

que, evidentemente, a observação contínua não tem apenas a função de coletar dados com vistas a realizar um balanço. Sua primeira intenção é formativa, o que, em uma perspectiva pragmática, significa que considera tudo o que pode auxiliar o aluno a aprender melhor.

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

4. Considerações finais

Quanto ao processo de ensino e de aprendizagem, constatou-se que os enfermeiros preceptores realizavam supervisão direta e permanente junto ao residente, suas atividades de preceptoria se relacionavam ao cotidiano da clínica em que estavam alocados, e procuravam problematizar sua prática a partir das situações vivenciadas no cotidiano do trabalho. Contudo, ainda trabalhavam com métodos positivistas de ensino, de pouca reflexão e criticidade, evidenciados por meio da descrição de como conduziam os residentes num dia de trabalho, pois havia uma priorização da rotina do serviço e na realização e repetição de técnicas. Sendo assim, a competência de conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação mostrou-se pouco desenvolvida, o que nos leva a pensar que a visão tradicionalista de ensino ainda está muito presente na formação em enfermagem.

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

Referências

BARRETO, V. H. L et al. Papel do preceptor da atenção primária à saúde na formação da graduação e pós-graduação da universidade federal de Pernambuco: Um termo de referência. **Rev. bras. educ. med.**, v. 35, n. 4, p. 578-83, 2011.

BENTES A et al. Preceptor de residência médica: funções, competências e desafios. A contribuição de quem valoriza porque percebe a importância: nós mesmos! **Cadernos ABEM**, v. 9, p. 32-38, 2013.

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

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

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

BURGATTI, J.C et al. Estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da competência ético-política na formação inicial em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 282-286, 2013.

CUNHA, M et al. Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. **Millenium - Rev IPV**, v. 38, n. 1, p. 271-282, 2010.

DINIZ, S.N.; AVELAR, M.C.Q. A prática docente de enfermeiros de instituições de saúde numa universidade privada. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 8, n. 2, p. 176-183, 2009.

DOBALIAN, A et al. The critical elements of effective academic-practice partnerships: a framework derived from the Department of Veterans Affairs Nursing Academy. **BMC Nurs**, v. 13, n. 1, p. 1-17, 2014.

FERREIRA, S. R. **Residência Integrada em Saúde**: Uma modalidade de ensino em serviço. 123 f. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

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

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

O processo de ensino e de aprendizagem em programas de residência em saúde de hospitais-escola de Belém: saberes e atitudes do enfermeiro preceptor

MIRA V. L *et al.* Avaliação do ensino prático desenvolvido em um hospital universitário na perspectiva de graduandos em Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 483-92, 2011.

MITRE, S. M *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, suppl. 2, p. 2133-2144, 2008.

PAGANI, R., ANDRADE L.O.M. Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de. **Saúde Soc**, v. 21, n. supl 1, p. 94-106, 2012.

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

PERRENOUD, P. **Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

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

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: Um estudo de reflexão. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 161-65, 2013.

SANTANA, F. R.; NAKATANI, A. Y. K.; SOUZA, A. C. S.; ESPERIDIÃO, E. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem: uma visão dialética. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 03, p. 295 - 302, 2005.

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

SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Revista do Médico Residente.**, v. 14, n. 2, p 1-5, 2012.

STEINBACH, M. **A Preceptoria na residência multiprofissional: Saberes do ensino e do serviço**. 79 f. 2015. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

TRAJMAN, A *et al.* A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: Opinião dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.** Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 24-32, 2009.

VALENTE, G. S. C.; VIANA, L.O. As competências para o ensino de nível superior no Brasil: um olhar reflexivo sobre a prática. **Rev. Iberoamericana de Educación**. v. 56, n. 01, p. 01-12, 2011.

VALENTE, G. S. C. **A Reflexividade na Prática docente da Graduação em Enfermagem: Nexos com a Formação Permanente do Enfermeiro Professor**. 180 f. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. RJ, 2009.

Sobre os autores

Neiva José da Luz Dias Junior

Enfermeiro, graduado pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Mestre em Ciências de Enfermagem com ênfase em Educação, Formação e Gestão em Saúde e Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UEPA e Enfermeiro da Fundação Hemopa.

E-mail: neiva_jr@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-0301-8727>

José Benedito dos Santos Batista Neto

Enfermeiro, graduado pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Residente em Atenção à Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UEPA, associado a Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (PRMS - UEPA/FHCGV).

E-mail: netto1443@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3228-2340>

Jouhanna do Carmo Menegaz

Enfermeira, graduada pela Universidade do Vale do Itajaí. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina com realização de estágio de doutoramento na Universidade de Barcelona. Docente do PPGENF-UFPA e do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina.

E-mail: jomenegaz@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7655-9826>

Recebido em: 02/05/2023

Aceito para publicação em: 24/08/2023