

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE  
MESTRADO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MODALIDADE PROFISSIONAL

JULIANA LURI NODA SUZUKI

**PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO PRECEPTOR FISIOTERAPEUTA DA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DE UMA  
INSTITUIÇÃO DE SAÚDE PRIVADA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal  
de São Paulo para obtenção do título de Mestre  
Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

São Paulo

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO - UNIFESP  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE  
MESTRADO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MODALIDADE PROFISSIONAL

JULIANA LURI NODA SUZUKI

**PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO PRECEPTOR FISIOTERAPEUTA DA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DE UMA  
INSTITUIÇÃO DE SAÚDE PRIVADA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Aparecida de Oliveira Freitas

Coorientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

São Paulo

2021

Suzuki, Juliana Luri Noda

**Perfil de competências do preceptor fisioterapeuta da residência multiprofissional em saúde de uma instituição de saúde privada. /**

Juliana Luri Noda Suzuki – São Paulo, 2021.

145 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo.  
Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde.

Título em inglês: Competences profile of the physiotherapist preceptor of the multi-professional residency in health of a private health institution.

1. Preceptoría. 2. Competências. 3. Residência Multiprofissional em Saúde. 4. Fisioterapia.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA  
SAÚDE - MODALIDADE PROFISSIONAL**

Prof. Dr. Nildo Alves Batista  
Coordenador do CEDESS

Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva  
Coordenadora do Programa

Prof. Dr. Leonardo Carnut (pró tempore)  
Vice-Coodenador do Programa

**JULIANA LURI NODA SUZUKI**

**PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO PRECEPTOR FISIOTERAPEUTA DA  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DE UMA  
INSTITUIÇÃO DE SAÚDE PRIVADA**

São Paulo, 16 de março de 2021

**Banca examinadora**

---

Prof. Dr. Renato Fraga Righetti

Titular

---

Profa. Dra. Otilia Maria Lúcia Barbosa Seiffert

Titular

---

Profa. Dra. Francine Jomara Lopes

Titular

---

Profa. Dra. Caroline Bublitz Barbosa

Suplente

## DEDICATÓRIA

*Aos fisioterapeutas preceptores do Hospital Sírio  
Libanês, transformadores de nossa realidade no  
exercício fascinante da educação no ambiente de  
serviço da saúde.*

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Aparecida de Oliveira Freitas, pelo apoio incondicional, pela generosidade e paciência. Uma grande incentivadora nesta trajetória.

Ao meu coorientador, Prof. Dr. Nildo Alves Batista, por dividir saberes tão valiosos e a sua experiência admirável.

À banca examinadora, por aceitarem o convite e possibilitarem o meu crescimento por meio de contribuições tão ricas.

Ao CEDESS, por ser este lugar que respira educação, que constrói profissionais críticos e reflexivos e que trouxe experiências para a minha vida e para a minha turma de 2018.

Ao Hospital Sírio Libanês, como instituição coparticipante desta dissertação, e como local por onde trilhei a minha vida profissional e consolidei a minha carreira no exercício da preceptoria e da tutoria.

À Gerência, à coordenação e à liderança do serviço de reabilitação do Hospital Sírio Libanês que me apoiaram nesse desafio e valorizam o desenvolvimento dos profissionais.

Aos preceptores fisioterapeutas, participantes fundamentais nesta pesquisa e profissionais exemplares que promovem o desenvolvimento contínuo dos residentes.

Aos meus queridos pais, pelos ensinamentos da vida, por me incentivarem e mostrarem o valor da educação e a importância de aceitar novos desafios, persistir e seguir em frente.

Ao meu marido, verdadeiro companheiro que comemora todas as minhas conquistas. Obrigada pela paciência e pelo apoio ao entender o significado dessa etapa para mim.

Ao meu filho Rafael, que me anima, motiva-me e mostra a leveza da alma de uma criança. É a energia vital que ajuda a superar todos os meus obstáculos.

Gratidão!



*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”*

*Madre Tereza de Calcutá*

## RESUMO

**Introdução:** O preceptor exerce supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes, nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens de serviço na área da saúde, e envolve promover a integração entre os residentes e destes com a equipe multiprofissional aproximando teoria e prática. No entanto, é bastante usual que os profissionais da área da saúde, não somente os fisioterapeutas, assumam a preceptoria por necessidade do serviço e atuem na função para a realização pessoal. A carência de formação específica prévia faz o preceptor atuar empiricamente, em um percurso educacional que julga ser o correto, por intermédio do acerto e do erro, replicando exemplos que acredita resultar em êxito. **Objetivos:** Este estudo analisou as competências dos fisioterapeutas preceptores na Residência Multiprofissional do Hospital Sírio Libanês e, mais especificamente, caracterizou o perfil desses preceptores, fez um levantamento das competências para o exercício da preceptoria, mapeou fortalezas e fragilidades da equipe e identificou sugestões dos preceptores para aprimoramento de suas práticas. **Metodologia:** Estudo de natureza quali-quantitativa, exploratória, descritiva e de corte transversal. Na primeira etapa da coleta de dados, aplicou-se um questionário composto por 33 itens para apreender a percepção dos preceptores, acerca de suas competências nas dimensões “conhecimento, habilidade e atitude”. Para essa etapa, foram convidados os 71 preceptores fisioterapeutas, atuantes nos Programas de Residência Multiprofissional do Hospital Sírio Libanês. Destes, 50 aceitaram participar dessa primeira etapa e preencheram o questionário. Os dados oriundos do questionário, foram submetidos a análises estatísticas descritivas. Na segunda etapa, para o aprofundamento dos dados obtidos, foram realizadas 10 entrevistas com roteiro semiestruturado, elaborado a partir dos resultados do questionário. Nessa segunda etapa, os dados foram submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática, considerando as dimensões “conhecimento, habilidade e atitude”. **Resultados e Discussão:** Os participantes da pesquisa em sua maioria são jovens, do sexo feminino e pós-graduados. Quanto às competências necessárias na dimensão conhecimento, os participantes indicaram que o preceptor precisa conhecer a estrutura física e operacional do ambiente de trabalho; entender as propostas do programa de residência; conhecer a expertise dos diferentes preceptores; ter domínio cognitivo para discussões de casos clínicos; e ter formação em estratégias educacionais. Na dimensão habilidade, indicaram ser necessário o domínio prático da fisioterapia respiratória e musculoesquelética; exercer a comunicação entre pares e o ensino individualizado com cada residente; lidar com o residente em intercorrências; promover a metodologia ativa. No domínio atitude, o preceptor deve incentivar o protagonismo; ser o exemplo no cuidado humanizado; disseminar o respeito e a ética; valorizar a integração do residente e a tomada de decisões; reconhecer o valor das ações educacionais voltadas à preceptoria. Das entrevistas realizadas emergiram como principais fortalezas: a capacidade de integração do residente na equipe multiprofissional, o estímulo ao raciocínio crítico e reflexivo e as ações profissionais pautadas no respeito e na ética. As fragilidades mais relevantes indicadas pelos preceptores são a dificuldade em motivar o residente, a árdua tarefa de correlacionar a teoria com a prática, o impacto da sobrecarga de trabalho e a compreensão errônea sobre os fatores que garantem o exercício da preceptoria. No que se refere às competências, a análise dos dados sugere que quatro delas necessitam de mudanças à curto prazo, oito revelam aspectos a serem melhorados e 21 apresentam boa

percepção. As sugestões dos entrevistados foram coerentes com as fragilidades expostas e exploram principalmente as temáticas capacitação, fortalecimento da equipe e apoio institucional. **Considerações finais:** A pesquisa mostrou, a partir da percepção dos participantes, quais competências são importantes para exercer a função de preceptor, bem como, as fortalezas e as fragilidades dessa equipe, no que diz respeito às suas competências. Tal percepção pode direcionar futuros processos seletivos para a função, favorecer o desenvolvimento dos preceptores e a consequente melhoria no processo de ensino e aprendizagem.

**Palavras-chave:** Preceptoria. Competências. Residência Multiprofissional em Saúde. Fisioterapia.

## ABSTRACT

**Introduction:** The preceptor does a direct supervision of the practical activities carried out by residents, in learning services environments in health care, promoting the integration between residents and between them and multidisciplinary team, bringing theory and practice closer together. However, it is quite common that health professionals, not just physical therapists, assume the preceptorship due to the need for the service and act in the role for personal fulfillment. The lack of prior specific training makes the preceptor act empirically, in an educational path that he believes to be the correct one, through success and error, replicating examples that he believes will result in success. **Objectives:** This study analyzed the competences of preceptor physiotherapist in the Multiprofessional Residency of Sírío Libanês Hospital and, more specifically, characterized the profile of these preceptors, surveyed the competences for the exercise of preceptorship, mapped strengths and weaknesses of the team and identified suggestions from preceptors to improve their practices. **Methodology:** Qualitative, exploratory, descriptive and cross-sectional study. In the first stage of data collection, a questionnaire consisting of 33 items was applied to apprehend the perception of preceptors about their competences in the “knowledge, skill and attitude” dimensions. For this stage, 71 physical therapist preceptors, working in the Multiprofessional Residency Programs of Sírío Libanês Hospital, were invited. Of these, 50 agreed to participate in this first stage and completed the questionnaire. Data from the questionnaire were subjected to descriptive statistical analysis. In the second stage, to deepen the data obtained, 10 interviews were carried out with a semi-structured script, elaborated from the results of the questionnaire. In this second stage, the data were submitted to content analysis in the thematic modality, considering the dimensions “knowledge, skill and attitude”. **Results and Discussion:** Most research participants are young, female and postgraduate. As for the necessary skills in the knowledge dimension, the participants indicated that the preceptor needs to know the physical and operational structure of the work environment; understand the proposals of the residency program; know the expertise of different preceptors; have cognitive domain for discussions of clinical cases; and have training in educational strategies. In the skill dimension, they indicated that the practical domain of respiratory and musculoskeletal physiotherapy is necessary; exercise peer-to-peer communication and individualized teaching with each resident; deal with the resident in complications; promote the active methodology. In the attitude domain, the preceptor must encourage protagonism; being the example in humanized care; spread respect and ethics; value the resident's integration and decision-making; recognize the value of educational actions aimed at preceptorship. From the interviews carried out, the main strengths emerged: the resident's ability to integrate into the multidisciplinary team, the encouragement of critical and reflective reasoning and professional actions based on respect and ethics. The most relevant weaknesses indicated by the preceptors are the difficulty in motivating the resident, the arduous task of correlating theory with practice, the impact of work overload and the misunderstanding of the factors that guarantee the practice of preceptorship. With regard to competences, data analysis suggests that four of them need changes in the short term, eight reveal aspects to be improved and 21 present good perception. The interviewees' suggestions were consistent with the exposed weaknesses and mainly explore the themes of training, team strengthening and institutional support. **Final considerations:** The research showed, from the participants' perception, which competencies are important to exercise the role of

preceptor, as well as the strengths and weaknesses of this team, with regard to their competencies. This perception can direct future selection processes for the function, favor the development of preceptors and the consequent improvement in the teaching and learning process.

**Keywords:** Preceptorship, Competences, Multiprofessional Health Residence, Physiotherapy.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil dos participantes da pesquisa: gênero e idade.....	56
Tabela 2. Perfil dos participantes: pós-graduação <i>Lato Sensu</i> e <i>Stricto Sensu</i> . .....	57
Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com setores de atuação. ....	58
Tabela 4. Competências da dimensão habilidade identificadas na análise qualitativa das entrevistas. ....	74
Tabela 5. Competências da dimensão atitude identificadas na análise qualitativa das entrevistas. ....	85

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pontuação Média Geral por Dimensão, São Paulo, Outubro 2019. ....	59
Figura 2: Pontuação Média Geral por Ítems da pesquisa, São Paulo, Outubro de 2019. ....	60
Figura 3: Pontuação Média Geral na Dimensão Conhecimento, São Paulo, outubro 2019. ....	62
Figura 4: Pontuação Média Geral na Dimensão Habilidade, São Paulo, Outubro 2019. ....	70
Figura 5: Pontuação Média Geral na Dimensão Atitude, São Paulo, outubro 2019. ....	81

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Dimensão <b>Conhecimento</b> . .....	61
Quadro 2: Dimensão <b>Habilidade</b> . .....	69
Quadro 3 Dimensão <b>Atitude</b> . .....	80
Quadro 4. Núcleo direcionador: fortalezas da preceptoria. ....	90
Quadro 5. Núcleo direcionador: fragilidades da preceptoria.....	95
Quadro 6. Sugestões para preceptoria. ....	106



## LISTA DE ABREVIATURAS

UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
CEDESS	Centro de Desenvolvimento em Ensino Superior em Saúde
HSL	Hospital Sírio Libanês
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
PRM	Programa de Residência Multiprofissional
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
IEP	Instituto de Ensino e Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UC	Unidade de Contexto
UR	Unidade de Registro
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESP	Escola de Saúde Pública
MEC	Ministério da Educação
GEMPA	Grupo de Estudos para as Melhores Práticas Assistenciais
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UAIC	Unidade Avançada Intensiva Coronariana
UCO	Unidade Crítica Coronariana
UCG	Unidade Crítica Geral
USI	Unidade de Semi-Intensiva
UI	Unidades de Internação
TMO	Transplante de Medula Óssea

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	18
1 INTRODUÇÃO .....	22
2 OBJETIVOS .....	29
2.1 Objetivo Geral .....	30
2.2 Objetivos Específicos .....	30
3 METODOLOGIA.....	31
3.1 Fundamentação Metodológica .....	32
3.2 Contexto da Pesquisa .....	33
3.3 Participantes da Pesquisa.....	35
3.4 Processo de coleta de dados .....	36
3.5 Análise de Dados .....	40
3.6 Procedimentos Éticos .....	43
4 REFERENCIAL TEÓRICO .....	44
4.1 A Preceptoria na Residência Multiprofissional: fundamentos conceituais.....	45
4.2 Competências: aproximações conceituais .....	50
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	55
5.1 Conhecendo os participantes da pesquisa: os preceptores do Hospital Sírio Libanês .....	56
5.2 Competências para o exercício da preceptoria: o olhar dos preceptores .....	58
5.2.1 Competências relacionadas à dimensão conhecimento .....	61
5.2.2 Competências relacionadas com a dimensão habilidades .....	68
5.2.3 Competências relacionadas com a dimensão atitude.....	79
5.3 Fortalezas, fragilidades e sugestões para a preceptoria a partir das entrevistas: um olhar qualitativo.....	89
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	113
REFERÊNCIAS.....	116
Apêndices.....	126
Anexos .....	135

# APRESENTAÇÃO

---

Sou fisioterapeuta desde 2005, formada pelo Centro Universitário São Camilo. Durante todo o meu percurso acadêmico e profissional, sempre procurei aprimorar meus estudos e me capacitar. Dentro desse contexto, senti a necessidade de cursar algumas especializações como a Especialização em Fisioterapia em Neurologia pela Universidade de São Paulo (HC-FMUSP); Especialização em Intervenções Fisioterapêuticas nas Doenças Neuromusculares, pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Especialização em Insuficiência Respiratória, pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês; Especialização em Preceptoria no Sistema Único de Saúde (SUS), pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês; e mestranda no Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde do CEDESS - Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo.

Após formada, ingressei no Hospital Sírio Libanês (HSL), no qual sou fisioterapeuta sênior na unidade semi-intensiva, com atuação direta na assistência; na contribuição em processos de educação permanente junto com a equipe multiprofissional; no treinamento de novos colaboradores na instituição. Ademais, atuo como tutora e preceptora na Residência Multiprofissional de cuidado ao paciente crítico.

Apesar de nutrir grande interesse no campo do ensino e da pesquisa, a maior parte de minha trajetória profissional foi direcionada à prática clínica, seja em atendimentos domiciliares e ambulatoriais seja em ambiente hospitalar. Nesse sentido, a minha formação sempre foi enriquecida por especializações e cursos que visavam tanto o ganho de competências, relacionadas ao aprimoramento da assistência, como a atualização de técnicas e procedimentos, relacionados aos cuidados com os pacientes.

Em 2012, o ano que considero o primeiro marco da introdução da educação na minha carreira profissional, fiz o curso de capacitação para a preceptoria em fisioterapia no HSL, no qual tive contato com diferentes estratégias e abordagens de ensino e aprendizagem. Esse curso gerou, em mim, um intenso despertar sobre o valor do processo educativo dentro do serviço de saúde e sobre a responsabilidade dos preceptores dentro do processo formativo do residente, como estudante, como futuro profissional e como indivíduo inserido na sociedade.

Outro momento significativo, foi a Especialização de Preceptoria no SUS, pois me forneceu maior domínio e segurança sobre a ação educacional em serviço, o que

me permitiu solucionar problemas recorrentes, encontrados na vivência com o residente; conhecer a realidade da preceptoria de outras instituições; compartilhar conhecimentos com profissionais de experiências diversas; descobrir as ferramentas e as estratégias que permitissem aliar assistência ao ensino e, conseqüentemente, ajudar na formação do residente.

O ingresso no Mestrado Profissional de Ensino em Ciências da Saúde surgiu da percepção da necessidade de aprofundar o conhecimento acerca do binômio educação e saúde, com foco na preceptoria. A possibilidade de unir o aprendizado à construção de um produto, que permitisse a transformação da realidade do contexto vivenciado profissionalmente, foi uma maneira de retribuir, com esforço e dedicação, a pesquisa, o crescimento pessoal e profissional proporcionados a mim pelo Hospital Sírio Libanês.

Minha atuação e experiência como preceptora e, mais recentemente, como tutora nos Programas de Residência Multiprofissional do hospital, aliadas à compreensão da relevância do profissional preceptor na formação dos futuros profissionais, potencializaram o meu interesse por esse assunto. A escolha por analisar a preceptoria, especificamente, a equipe de fisioterapia, baseia-se nas vivências e no conhecimento de suas particularidades e de suas especificidades, dentro das quais eu me encontro inserida.

A pesquisa voltada ao assunto anteriormente mencionado, emerge da inquietante observação, no cotidiano da prática hospitalar, da falta de critérios para a seleção dos novos preceptores; da falha de uma formação prévia, voltada à educação no serviço de saúde; e da carência de alternativas de Educação Permanente para que esses profissionais exerçam essa função, considerada de suma importância no processo formativo do residente. Atualmente, o fisioterapeuta se torna preceptor, independentemente do interesse na função, mas por uma necessidade advinda da demanda de residentes do hospital.

Neste contexto, observa-se um grupo com diferentes níveis de interesse e de envolvimento no processo educacional da preceptoria que ainda depende da disposição pessoal na busca pelo desenvolvimento de competências para a função. Os fisioterapeutas normalmente apresentam ampla vivência na prática clínica, contudo, observa-se, no cotidiano da prática, que apenas uma porcentagem deles direciona a sua dedicação ao estudo para o universo da educação no serviço de saúde.

Atualmente, o preceptor não é avaliado formalmente, recebe pouco retorno do trabalho desenvolvido e executa as suas ações baseadas, apenas, em seus próprios conceitos e em sua percepção individual. Assim, o estudante se encontra em um programa de residência que possui uma diversidade de propostas educacionais que nem sempre estão alinhadas com preceptores engajados nesse percurso ou que apresentem as competências necessárias para exercer essa função.

A falta de um processo avaliativo formalizado, com uma análise criteriosa na escolha dos preceptores, deve-se, em parte, ao desconhecimento do perfil de competências necessárias para o exercício dessa função. A construção de uma matriz de competências, levando em conta os domínios de conhecimento, de habilidade e de atitude, visa o apoio à seleção de futuros preceptores e a adequação do conteúdo dos espaços de reflexão da prática e de capacitações específicas de acordo com as competências a serem desenvolvidas. Outros processos de melhoria do serviço, voltados à preceptoria, podem surgir, igualmente, a partir do conhecimento aprofundado dessa equipe.

O holofote, direcionado à Residência Multiprofissional desse serviço, objetiva, como consequência, a potencialização e valorização do fisioterapeuta preceptor envolvido e engajado, aquele que se dedica ao ensino e à contribuição valiosa à formação de futuros profissionais qualificados e competitivos para o mercado de trabalho.

Por se tratar de uma instituição de saúde de grande porte, que tem uma sólida proposta de ensino e de pesquisa, ricas oportunidades de cenários de prática clínica e excelentes ambientes com potencial para a formação em saúde, justifica-se a presença de um fisioterapeuta preceptor de excelência, reconhecido e com a capacitação e o desenvolvimento necessários para o âmbito educacional.

A partir dessas inquietações e vivências, proponho-me a aprofundar meus conhecimentos e a pesquisar o perfil de competências de um fisioterapeuta na função de preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde.

# 1 INTRODUÇÃO

---

Constitui o objeto desta pesquisa, o perfil de competências de fisioterapeutas preceptores que atuam diretamente na assistência nos Programas de Residência Multiprofissional do Hospital Sírio Libanês.

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) surgiu historicamente após a consolidação dos Programas de Residência Médica no Brasil que na década de 1970, eram consideradas o sistema pedagógico ideal para a formação do profissional médico. Em 1976 surgiu a primeira Residência Multiprofissional na Escola de Saúde Pública (ESP) do Rio Grande do Sul, e em 2002, houve a criação de 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, com o objetivo de preservar as especificidades de cada profissão e criar uma área comum com valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento (BRASIL, 2006; MIOTO *et al.*, 2012).

A forte característica da interdisciplinaridade conferiu um caráter inovador aos Programas de Residência Multiprofissional, reforçado pela Resolução CNS Nº 287/1999 que incluiu diversas categorias profissionais da saúde de nível superior como Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e a Terapia Ocupacional (BRASIL, 2006).

Diante dessa trajetória, as Residências Multiprofissionais se consolidaram como uma modalidade de ensino *Lato Sensu*, voltada para a educação em serviço em regime de dedicação exclusiva, com duração de 24 meses, contemplando uma carga horária total de 5.760 horas em que 80% estão voltadas para a prática em serviço, sob supervisão de preceptores, e 20%, voltadas para as questões teórico-práticas. Objetiva a formação coletiva de equipe, a integralidade do cuidado ao usuário e o fortalecimento do SUS, com a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 2012; SESU, 2014; HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2019a).

O modelo instituído pelas RMS, com a educação por meio da imersão nos cenários de prática, tem favorecido a inserção de um grande número de profissionais de variadas especialidades no mercado de trabalho na área da saúde. Outrossim, permite fornecer experiências significativas para o processo ensino-aprendizagem, promovendo o amadurecimento do profissional em formação e o desenvolvimento de competências específicas (BRASIL, 2012).

Nos últimos anos, houve um aumento significativo na quantidade de programas financiados pelo fundo público com recursos do Ministério da Educação, sem, no



entanto, um acompanhamento da qualificação de preceptores e tutores, fator essencial para a manutenção da qualidade dos programas de residência. A falta de uma política de integração dos egressos desses programas ao SUS, que por vezes são inseridos no setor privado, dificulta, igualmente, a parametrização da porcentagem de inserção desses profissionais no mercado de trabalho, bem como da eficácia dessa modalidade de ensino (BRASIL, 2006).

A proposta de um modelo de formação de profissionais qualificados para o Sistema Único de Saúde (SUS) é extremamente importante, mas muitas são as barreiras e as limitações enfrentadas para a manutenção do exercício do ensino em serviço. São questões que permeiam diversos universos e estão relacionadas ao ambiente de trabalho, à articulação entre as instituições de serviço de saúde e de educação, à qualidade dos programas de residência, ao suporte oferecido aos preceptores e ao acompanhamento dos egressos. A dificuldade envolve a própria transformação dos ambientes assistenciais de saúde, em locais em que coabitam a educação e o processo de ensino e aprendizagem (SOARES *et al.*, 2018).

Tradicionalmente, o ambiente hospitalar tem sido utilizado como cenário de aprendizagem em diversas áreas profissionais, o que contribui para a qualificação da prática e a formação em serviço de saúde (JUNQUEIRA; OLIVER, 2020). Nessa pesquisa, o Hospital Sírio Libanês foi escolhido por se tratar, atualmente, do local de trabalho da principal pesquisadora desse estudo.

A Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio Libanês, fundada em 1921, é uma instituição de saúde filantrópica de grande porte e de alta complexidade, que possui unidades distribuídas nas cidades de São Paulo e Brasília. Como parte do complexo hospitalar da unidade Bela Vista em São Paulo, o Instituto de Ensino e Pesquisa fornece suporte aos Programas de Residência Multiprofissional em vigor.

Atualmente, o serviço de fisioterapia desse hospital é composto por aproximadamente 215 colaboradores, assim divididos: fisioterapeutas juniores, plenos e seniores. Destes, 80 são preceptores e estão distribuídos pelos setores de internação e centro de reabilitação, participando do treinamento de novos colaboradores e da preceptoria das Residências Multiprofissionais de cuidado ao paciente crítico, de cuidado ao paciente oncológico e de atenção à saúde da criança e do adolescente.

A equipe de fisioterapeutas preceptores é formada por profissionais que atuam na assistência, contratados pelo hospital em regime CLT, com carga horária semanal

de 30 horas, sem benefícios ou remuneração pelo desempenho dessa função. São considerados referências nas unidades de atuação e, necessariamente, possuem o cargo de fisioterapeuta pleno ou sênior, por serem profissionais mais experientes, e são responsáveis pelo gerenciamento do plantão e pela realização de treinamentos (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2019b).

Até o momento, inexistente um processo estruturado com etapas definidas para a escolha dos preceptores fisioterapeutas. Acredita-se que a necessidade do desempenho dessa função se constitua no fator de maior relevância para o ingresso de novos preceptores.

A equipe de preceptores é permanente e sem previsão de término do exercício da função; ou seja, uma vez que o profissional se torna preceptor, ele deixa de exercer essa função somente quando for desligado da instituição. Não é exigido qualquer tipo de formação prévia para exercer a preceptoria, e não existe ferramenta de acompanhamento do desempenho do profissional preceptor *no e para* o exercício dessa função.

O fisioterapeuta é caracterizado como profissional de nível superior com atribuições de executar métodos e técnicas fisioterápicas no intuito de restaurar, desenvolver e de conservar a capacidade física do paciente (BALDO, 2008). De acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), a formação do fisioterapeuta tem o objetivo de disponibilizar, para o mercado de trabalho, um profissional que contemple as competências de atenção à saúde; a tomada de decisões; a comunicação; a liderança no trabalho em equipe; a Educação Permanente; e a administração/gerenciamento da força de trabalho, de recursos físicos e materiais e de informações.

Esse conceito de competências, proveniente do campo profissional, estendeu-se para a educação e foi, igualmente, utilizado para o aprofundamento do papel do preceptor. De acordo com Philippe Perrenoud (1999, p. 7), a competência é a “capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”.

No campo científico, a competência é a capacidade de articulação e de mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes que visam à resolução de problemas ou objetivam lidar com situações no cotidiano do trabalho (RODRIGUES; WITT, 2013). Essa compreensão sobre o conceito de competências permite entender que ser um fisioterapeuta competente não significa ser um preceptor fisioterapeuta

igualmente qualificado, uma vez que as competências exigidas são diferentes. Dentro dessa linha de pensamento, ter o domínio da docência em ambiente acadêmico não o torna necessariamente um preceptor de excelência.

O exercício da preceptoria segue o conceito de supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde. O profissional fisioterapeuta precisa ter uma formação mínima de especialista; estar presente naqueles ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens em serviço; e ser vinculado à instituição executora e às instituições parceiras. São responsáveis por promover a integração entre os residentes e destes com a equipe e com os clientes. Articulam os recursos de ensino em serviço e devem se tornar uma referência para os residentes na área de concentração do programa (BRASIL, 2012).

Nessa modalidade de ensino, a preceptoria exerce uma função essencial no apoio dos Programas de Residência Multiprofissional que têm como objetivo a especialização dos profissionais da área da saúde para atenção integrada, valorizando a perspectiva biopsicossocial e ampliando o conceito e a prática da integralidade. O preceptor exerce o papel de docente assistencial ao orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que auxiliem o residente em sua trajetória. Pode atuar como um mediador entre o aprendiz e a instituição de saúde e ensino quando aconselha, influencia e inspira esse residente na busca por melhores práticas (BOTTI; REGO, 2008; MISSAKA; RIBEIRO, 2011).

O preceptor participa e se responsabiliza pela formação de novos profissionais e pela inserção no trabalho. É um eixo essencial entre o conhecimento acadêmico adquirido e a realidade da prática clínica. Constitui-se no responsável pela inserção e pela socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho e favorece a correlação entre a teoria e a prática. Por meio dos seus conhecimentos pedagógicos, é aquele profissional que tem a responsabilidade compartilhada de formar os profissionais da saúde, os quais buscam, de modo incessante, o melhor para os seus pacientes; e que mantém o raciocínio crítico e reflexivo, capaz de questionar até mesmo a validade de práticas e rotinas consolidadas, sempre amparado por um robusto conhecimento e apoiado no compromisso ético (RIBEIRO, 2012; JUNQUEIRA; OLIVER, 2020).

Os profissionais da área da saúde, não somente os fisioterapeutas, assumem a preceptoria por necessidade do serviço e atuam na função com o retorno meramente para a realização pessoal. Quando existem, os critérios de seleção, para a escolha desse profissional, são frágeis. Não existe um preparo pedagógico que os capacitem

para o exercício da função, falta uma apresentação formal sobre o trabalho que deve ser desempenhado e as suas atribuições.

A carência de uma formação pedagógica resulta em uma atuação empírica dos preceptores, em um percurso educacional que julgam ser o correto, por intermédio do acerto e do erro, replicando exemplos que acreditam resultar em êxito. A baixa valorização das atividades de preceptoria e a falta de reconhecimento nos diferentes cenários de instituições privadas e públicas provocam a desmotivação do profissional e um engajamento menor no processo educacional (ARAUJO *et al.*, 2017).

A literatura cita, outrossim, a dificuldade de aceitação da RMS por parte dos demais profissionais do serviço, a não remuneração para a atividade de orientação dos trabalhos de conclusão de residência e a falta de interesse do profissional em desenvolver ações de preceptoria. Ademais, as divergências e a desarticulação entre a academia e o serviço, a falta de apoio da gestão, o baixo interesse na prática docente, a sobrecarga de trabalho e o despreparo dos profissionais para a preceptoria, são outros fatores frequentes no cotidiano da educação nos ambientes de trabalho da área da saúde (ARAUJO *et al.*, 2017; MILANESI; CAREGNATO; CANABARRO, 2019).

O percurso necessário para uma melhoria desse quadro parece exigir a imersão no estudo de questões primárias que constituem os pilares para o exercício da preceptoria das RMS. Por essa razão, torna-se indispensável, nesse momento, entender a trajetória histórica e os principais marcos das RMS no Brasil; conhecer a instituição em que se pretende compreender um fenômeno específico; entender sobre a profissão exercida pelos fisioterapeutas hospitalares e, especificamente, com relação aos fisioterapeutas preceptores; e aprofundar o olhar reflexivo sobre a prática da preceptoria.

Dentro desse contexto, constitui-se, no objeto dessa pesquisa, o perfil de competências dos profissionais fisioterapeutas que compõem a equipe de preceptoria e atuam nos Programas de Residência Multiprofissional do Hospital Sírio Libanês.

### **Questões norteadoras da pesquisa**

- Quem são os preceptores da equipe de fisioterapia do Hospital Sírio Libanês?
- Que competências os preceptores fisioterapeutas dos Programas de Residência Multiprofissional desenvolvem no cotidiano de suas práticas?

- Quais as potencialidades e as fragilidades da preceptoria da fisioterapia que atua nesses programas de Residência Multiprofissional?
- Que sugestões de aprimoramento os fisioterapeutas preceptores consideram necessárias para a melhoria de suas práticas educativas em serviço?

## **2 OBJETIVOS**

---

## 2.1 Objetivo Geral

- Analisar as competências dos fisioterapeutas preceptores na Residência Multiprofissional do Hospital Sírio Libanês.

## 2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil dos preceptores da equipe de fisioterapia da instituição.
- Levantar as competências apresentadas pelos preceptores fisioterapeutas que atuam nos programas de Residência Multiprofissional no cotidiano de suas práticas.
- Mapear as fortalezas e as fragilidades da equipe de preceptoria do serviço de fisioterapia.  
Identificar as sugestões dos fisioterapeutas preceptores para o aprimoramento de suas práticas educativas no serviço.

Com os resultados da pesquisa, elaboramos um manual de recomendações para preceptoria nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Sírio Libanês.

## **3 METODOLOGIA**

---



Ao compreender que a coleta de dados tem como objetivo principal a identificação da percepção e da opinião dos sujeitos, a abordagem metodológica escolhida foi de natureza quali-quantitativa, exploratória, descritiva e de corte transversal.

### 3.1 Fundamentação Metodológica

A sequência metodológica deste estudo consistiu em uma análise quali-quantitativa, exploratória, descritiva, de corte transversal. Os dados quantitativos possibilitam uma interpretação mais completa dos problemas encontrados na realidade e fortalecem os argumentos com indicadores importantes, os quais reforçam as conclusões obtidas nas análises qualitativas (SCHNEIDER; FUJI; CORAZZA, 2017). De acordo com Gatti (2004, p.4), a pesquisa quali-quantitativa traz abordagens complementares, nas quais os dados quantitativos favorecem a compreensão de eventos, fatos e de processos provenientes da análise qualitativa. Parte do pressuposto que são maneiras diferentes e complementares de responder às questões de pesquisa (SILVA; BATISTA, 2015).

Por se tratar de investigação de um fenômeno social, que necessita da compreensão de sua complexidade e de sua especificidade, a abordagem pela ótica do aspecto qualitativo se torna característica fundamental a ser considerada nesse objeto de pesquisa (MINAYO, 1999; FONTELLES *et al.*, 2009).

A abordagem qualitativa tem a finalidade de compreender um objeto de investigação, levando em consideração a sua singularidade, o contexto no qual está inserido e as suas contradições, o que possibilita a leitura e a interpretação de acordo com o olhar do pesquisador (MINAYO, 2012).

As pesquisas qualitativas se justificam pelo pressuposto de que a realidade é constituída de fenômenos socialmente construídos, e de que a coleta de dados é o resultado da interação social do pesquisador com o fenômeno em questão (APPOLINÁRIO, 2012).

O presente estudo se caracteriza como exploratório, descritivo do tipo corte transversal. As pesquisas de cunho exploratório têm o intuito de promover uma aproximação e uma familiaridade maior com o tema, o que permite conhecer e determinar a relação entre os fenômenos e o problema em pauta. Esse tipo de pesquisa permite o estudo do tema sobre diversos ângulos, o que promove mais

informações e facilita a delimitação do tema da pesquisa a ser investigado (FONTELLES *et al.*, 2009; APPOLINÁRIO, 2012).

Quanto ao tipo de estudo, este se caracteriza como descritivo, uma vez que objetiva retratar uma realidade sem promover interferência sobre ela (APPOLINÁRIO, 2012). Permite verificar as percepções, os valores e as opiniões dos participantes da pesquisa com relação às suas práticas (GRAY, 2012).

No que se refere à temporalidade, o estudo é transversal, visto que foi realizado em um período de tempo específico, ou seja, em um ponto no tempo. Dentro desse contexto, o grupo de sujeitos não é submetido ao acompanhamento contínuo e futuro do problema estudado (NEWMAN *et al.*, 2008; FONTELLES *et al.*, 2009; APPOLINÁRIO, 2012).

### **3.2 Contexto da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada na Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio Libanês – Unidade Bela Vista, localizada na Cidade de São Paulo. A instituição foi fundada em 1921, com a inauguração oficial em 1965, consolidando-se como uma instituição filantrópica de excelência na assistência, no ensino, na pesquisa e responsabilidade social.

A instituição tem o título de Hospital Escola desde 1993, quando iniciaram as primeiras turmas de pós-graduação médica. Após dez anos, outro marco importante para o fortalecimento, enquanto instituição formadora, foi a inauguração do prédio do Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP).

Desde 2005, por meio do Parecer CNE/CES Nº. 345/2005, o Ministério da Educação (MEC) aprovou o credenciamento do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês – IEP/HSL, para oferta de cursos de especialização em Efetividade e Eficiência em Saúde Baseada em Evidências, Enfermagem em Oncologia, Enfermagem em UTI e Fisioterapia Hospitalar. Com carga horária total de 360 horas, o curso de Fisioterapia Hospitalar contava com o apoio de 10 docentes, além da participação de supervisores na prática assistencial (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2005).

Em 2010, o Hospital Sírio Libanês foi habilitado pelo Ministério da Saúde, para apresentar projetos de apoio ao SUS no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Essa

decisão institucional, de inserir uma nova modalidade de ensino, culminou na transição de um modelo educacional fundamentalmente tradicional para as metodologias ativas e híbridas de ensino e aprendizagem.

O modelo tradicional era baseado na transmissão de conteúdo e em aulas expositivas que incentivavam a memorização, mas com pouca reflexão sobre as práticas, com baixa problematização da realidade e centrado nas especialidades e na fragmentação disciplinar, bastante diferente do processo ativo de ensino e aprendizagem (CECCIM *et al.*, 2018).

A proposta da metodologia híbrida de ensino e aprendizagem, visa a formação dos residentes em contextos reais, aliada a recursos tecnológicos que facilitem a construção do conhecimento. Com o objetivo de formar os profissionais da saúde em áreas estratégicas para o fortalecimento do SUS, em face das demandas de saúde do país, os programas de residência buscam o desenvolvimento do saber baseado nas melhores evidências e na reflexão para a construção de um pensamento crítico-reflexivo, a partir de atividades em contextos reais, simulados nas diversas categorias profissionais, a fim de fortalecer a integralidade do cuidado (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2019c).

Após uma trajetória da instituição com os programas de aprimoramento e de pós-graduação *lato sensu* na modalidade especialização, surgiram os Programas de Residência Médica e de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Sírio Libanês. No ano de 2013, surgiu o primeiro Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Clínico Cirúrgico e no mesmo ano foi criado o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde no Cuidado ao Paciente Crítico que, assim como os demais programas que surgiram posteriormente, incluiu a especialidade de Fisioterapia (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2019b).

Na fisioterapia, o modelo de pós-graduação, inicialmente no formato de especialização em fisioterapia hospitalar, deu lugar ao formato de programas de residência, e assim, a necessidade de transformação dos então supervisores do aprimoramento em Fisioterapia Hospitalar em preceptores dos Programas de Residência Multiprofissionais (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2019c).

Os atuais preceptores fisioterapeutas tiveram que migrar, rapidamente, de um processo educacional tradicional, para um modelo de ensino híbrido das residências, ainda desconhecido de todos. Os fisioterapeutas, profissionais contratados em regime CLT, tornaram-se preceptores no decorrer dos anos, devido à necessidade do serviço.

São colaboradores que atuam na assistência das unidades de pacientes internados e que passam a atuar na atenção à saúde, além de exercerem as funções educativas e formativas dos residentes.

Dentre os quatro Programas de Residência Multiprofissional, no momento da pesquisa, os residentes fisioterapeutas estavam distribuídos em quatro programas de Residência Multiprofissional em Saúde, a saber: no cuidado ao paciente crítico, no cuidado ao paciente oncológico, no cuidado à saúde da criança e na residência em gestão dos serviços de saúde e redes de atenção à saúde. O Programa de Cuidado ao Paciente Oncológico disponibiliza vagas para enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde no cuidado ao paciente crítico, conta com profissionais da enfermagem, farmácia, fisioterapia e da nutrição. A Residência no Cuidado à Saúde da Criança é formado por enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos. A Residência em Gestão dos Serviços de Saúde e Redes de Atenção à Saúde é a única que não está diretamente relacionada à área assistencial com acompanhamento da preceptoria. É composta por enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas. A Residência Multiprofissional é composta no total de 16 residentes fisioterapeutas, entre os R1 (primeiro ano) e R2 (segundo ano), distribuídos nos programas acima citados.

### **3.3 Participantes da Pesquisa**

A instituição apresenta, em seu quadro de pessoal, 80 preceptores fisioterapeutas cadastrados no sistema. Destes, apenas 71 atuavam efetivamente no período da coleta de dados. O instrumento de pesquisa foi levado pessoalmente, aos cenários de prática pela pesquisadora principal do estudo e disponibilizado aos 71 preceptores. Houve a adesão de 50 preceptores, os quais compuseram a amostra da primeira etapa dessa pesquisa.

Os participantes da amostra são profissionais que têm ações de preceptoria nos Programas de Residência Multiprofissional do Hospital assistencial, a saber: Programa de Residência Multiprofissional de Cuidado ao Paciente Crítico, Programa de Residência Multiprofissional de Cuidado ao Paciente Oncológico, Programa de Residência Multiprofissional de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente e

Programa de Residência Multiprofissional de Gestão de Serviços de Saúde e Redes de Atenção à Saúde.

Foram considerados critérios de inclusão: preceptores fisioterapeutas que exercem essa função nos Programas de Residência Multiprofissional, e que estavam no pleno exercício da atividade no momento de coleta de dados e aceitaram participar da pesquisa. Os critérios de exclusão envolvem profissionais de outras especialidades, fisioterapeutas não preceptores e fisioterapeutas preceptores que estavam de férias ou licença médica/maternidade durante a coleta de dados.

Para a segunda etapa, momento em que realizamos a entrevista semiestruturada, 10 preceptores foram escolhidos por conveniência. A amostra por conveniência é um método rápido e de baixo custo que visa a escolha dos participantes mais acessíveis, colaborativos e com potencial em agregar informações na fase exploratória da pesquisa. Neste caso, foram selecionados os preceptores com visão crítica de suas práticas, experientes nessa função e com facilidade em comunicação com a pesquisadora (FREITAG, 2018).

Com a finalidade de assegurar o anonimato desses participantes nessa etapa, os excertos de suas falas foram identificados pela letra **P** de **P**receptor, seguida do número de ordem em que as entrevistas foram realizadas, apresentando a seguinte configuração: P<sub>1</sub> a P<sub>10</sub>.

### **3.4 Processo de Coleta de Dados**

A coleta de dados foi realizada em duas etapas interligadas que foram fundamentais para alcançar os objetivos da pesquisa.

#### **Primeira etapa:**

Consistiu, inicialmente, na aplicação de um Questionário para um grupo piloto, elaborado com itens similares a uma Escala Atitudinal do tipo Likert<sup>1</sup> (Apêndice A), estruturada previamente e composta por 33 itens relacionados às competências necessárias ao preceptor fisioterapeuta do Hospital Sírio Libanês, campo dessa pesquisa.

---

<sup>1</sup> O trabalho de Likert deixava claro que a sua escala se centrava na utilização de cinco pontos. Embora o uso de escalas com outro número de itens, diferente de cinco, represente uma escala de classificação, quando esta não contiver cinco opções de resposta, não se configura uma Escala Likert, mas sim do “tipo Likert”<sup>29</sup> (p.163).

Uma escala é um instrumento psicométrico que mostra as tendências atitudinais e a demanda de um número de respondentes mínimo de 10 vezes o número total de assertivas. Dessa maneira, o instrumento desse estudo não é considerado uma escala atitudinal, pois, de acordo com Pasquali (1999), uma escala deve atender ao critério de relação itens x participantes, em que são necessários, pelo menos, 10 respondentes por cada assertiva. Como o universo desse estudo é inferior a esta população, assumiu-se o instrumento como questionário.

O Questionário pode ser definido como um conjunto de perguntas sobre determinado tema que avalia a opinião, os interesses, os aspectos de personalidade, sem o objetivo de medir as habilidades dos respondentes, e pode ser aplicado por interação (presencial ou não) ou autoaplicável, como ocorreu nesse estudo (YAREMKO *et al.*, 1986).

A construção do questionário trilhou as seguintes etapas: o estabelecimento da estrutura conceitual; a definição dos objetivos do instrumento e da população envolvida; a construção dos itens e das escalas de resposta; a organização dos itens; a estruturação do instrumento; e a validade de conteúdo e piloto (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). O Questionário contou com quatro possibilidades de resposta: concordo totalmente, concordo parcialmente, discordo parcialmente e discordo totalmente.

O instrumento foi submetido a um estudo piloto, realizado entre os dias 27 de maio e 18 de junho de 2019, e envolveu cinco tutoras fisioterapeutas que atuam nos Programas de Residência Multiprofissional. Na fase piloto, a escolha pela busca da percepção das tutoras fisioterapeutas piloto foi feita em função de sua ampla vivência na prática clínica em cenários variados da instituição, por terem exercido a função ou ainda atuarem paralelamente na preceptoria, bem como por desenvolverem, periodicamente, ações de Educação Permanente com o grupo de preceptores.

Com função complementar no processo ensino aprendizagem, os tutores atuam de forma articulada aos preceptores, porém diferente destes, não imersos nos cenários de prática junto aos residentes. Os tutores são responsáveis pelo conteúdo do material educacional e contribuem por meio do conhecimento de estratégias educacionais, especialmente, no desenvolvimento do domínio cognitivo (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2019c).

A participação ativa e a proximidade na relação com a história da residência do Hospital mostraram que as tutoras tinham a capacidade de fornecer críticas e

sugestões relevantes ao instrumento de pesquisa, o que permitiu o aprimoramento deste e possibilitou os ajustes necessários para a fase seguinte da pesquisa.

Essa etapa foi fundamental para que o instrumento fosse aprimorado. Houve a inclusão de competências que não estavam presentes, assim como a melhoria do texto que permitiu uma compreensão melhor e a exclusão de itens que geraram dúvidas ou que foram entendidas como baixa relevância para a pesquisa.

Após as adequações necessárias, que a fase piloto evidenciou, o questionário foi aplicado contendo 33 itens randomizados que englobavam os domínios “conhecimentos, habilidades e atitudes”, conforme apresentado no Apêndice B.

Os cenários de prática, visitados entre 22 de julho e 31 de agosto de 2019, foram a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a Unidade Avançada Intensiva Coronariana (UAIC), a Unidade Crítica Coronariana (UCO), a Unidade Crítica Geral (UCG), a Unidade Semi-Intensiva (USI), a Pediatria, as Unidades de Internação (UI) e a Unidade de Transplante de Medula Óssea (TMO). Os preceptores foram abordados pela pesquisadora principal que explicou tanto a relevância da pesquisa como o objetivo e os passos para o preenchimento do instrumento.

Na assistência intra-hospitalar, os plantões envolvem uma sobrecarga de trabalho, estresse constante, intercorrências, a necessidade de concentração extrema no cuidado ao paciente e um ambiente compartilhado nem sempre favorável. Por essa razão, os instrumentos foram deixados com os participantes e definido um prazo para o resgate do material.

### **Segunda etapa:**

Essa fase da coleta de dados compreendeu a realização de entrevistas, com um roteiro semiestruturado, direcionadas a 10 preceptores, escolhidos intencionalmente por conveniência (Apêndice B). A facilidade operacional, a seleção de preceptores, dispostos a fornecerem informações relevantes, e a familiaridade com o tema justificaram o critério da intencionalidade na escolha dos entrevistados.

Ao entender que a etapa das entrevistas busca o aprofundamento das informações obtidas na primeira etapa (aplicação do questionário), a escolha intencional por conveniência dos entrevistados se justificou para que houvesse uma contribuição maior, por parte do preceptor, no intuito de esclarecer e de enriquecer o conteúdo, considerando a sua experiência em educação em serviço e a sua visão crítica diante das competências necessárias para o exercício da preceptoría. A seleção

dos entrevistados é uma etapa essencial para que os dados subjetivos da pesquisa, obtidos por meio das opiniões e dos valores, enriqueçam os resultados (BONI; QUARESMA, 2005).

O roteiro foi elaborado a partir dos dados coletados na primeira etapa e teve como objetivo principal o aprofundamento das informações, obtidas naquele momento, com a aplicação do questionário. Com a finalidade de compreender melhor a realidade em questão, o roteiro foi baseado nos resultados das frequências de respostas dos questionários por dimensão, com a identificação prévia das médias de cada item, buscando as opiniões e as reflexões dos entrevistados.

As entrevistas tiveram foco nas potencialidades e nas fragilidades da preceptoria; nas sugestões de melhorias para a prática educacional em serviço; nas competências necessárias à equipe; e na concordância/compreensão do questionário. Foram realizadas nos setores de trabalho de cada preceptor, entre o dia 12 de dezembro de 2019 e 30 de janeiro de 2020, com duração aproximada de 30 minutos, gravadas e posteriormente transcritas.

De acordo com Junior e Junior (2011), a entrevista é uma das técnicas mais escolhidas por pesquisadores para a coleta de dados quando não é possível extrair as informações somente por meio da pesquisa bibliográfica e/ou da observação. Permite ir além das descrições das ações, pelo acesso às atitudes, aos sentimentos e aos valores subjacentes ao comportamento dos entrevistados. A partir das respostas espontâneas dos entrevistados, surgiram questões e reflexões importantes que, muitas vezes, não tinham sido previstas, mas que ganharam valor dentro da pesquisa (BONI; QUARESMA, 2005).

A entrevista é muito utilizada não somente como principal fonte de coleta de dados, mas também como uma técnica que aprofunda dados coletados por outros instrumentos. Na entrevista, o pesquisador recolhe, intencionalmente, as informações dos atores sociais que se referem às ideias, às crenças, às opiniões ou aos sentimentos. Pode ser classificada de duas maneiras: as estruturadas e as não estruturadas, e existem diversas modalidades que se inserem nesses grupos como a sondagem de opinião, a semiestruturada, a aberta, a focalizada e a projetiva (MINAYO, 1999).

Nessa pesquisa, foi aplicada uma entrevista semiestruturada que tem o papel fundamental quando associada a um questionário previamente aplicado, uma vez que a combinação dos dados possibilita a melhor compreensão e o aprofundamento da



interpretação dos achados. Com base em perguntas fechadas e abertas, a entrevista semiestruturada parte da elaboração de um roteiro que engloba as questões de interesse do pesquisador e propicia que o pesquisador e o participante discorram sobre o tema em questão com maior liberdade (MINAYO, 1999; JUNIOR; JUNIOR, 2011; MINAYO, 2016).

Na escolha desse instrumento, as vantagens são a flexibilidade, a facilidade de adaptação do protocolo, a taxa de resposta elevada, o baixo custo e a possibilidade de obtenção de grande riqueza informativa que permite ao entrevistador a busca por esclarecimentos. Cabe ressaltar que a entrevista depende de alguns fatores como a motivação e a capacidade de compreensão das perguntas pelo entrevistado; a disponibilidade de tempo para a aplicação; o fornecimento de respostas reais; e a relação entre entrevistador e entrevistado (JUNIOR; JUNIOR, 2011).

### 3.5 Análise de Dados

Os dados coletados, a partir do questionário, foram submetidos à análise estatística descritiva que tem o intuito de descrever, resumir, totalizar e apresentar graficamente os dados da pesquisa. Além de avaliar a percepção dos participantes diante de suas competências, a modalidade da estatística descritiva, aplicada no questionário dessa pesquisa, permitiu evidenciar as distribuições de frequência, as medidas de tendência central (média, mediana e moda), as medidas de dispersão (variância e desvio padrão) e as correlações (APPOLINÁRIO, 2012).

A confiabilidade foi testada no intuito de avaliar o instrumento que se mostrou adequado, comprovando o real conhecimento da população da pesquisa sobre as dimensões nele estudadas. A alta confiabilidade de um instrumento indica a capacidade de reprodução em tempo e espaço com resultado consistente, estável e preciso mesmo quando aplicado por observadores diferentes. É avaliado por procedimentos como a consistência interna e a estabilidade (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Foi utilizado o método de *split-half* que, conforme descrito por RICHARDSON (1985), consiste na aplicação, uma única vez, do instrumento para o grupo e na computação, para cada respondente, da soma dos pontos das asserções ímpares e, separadamente, da soma dos pontos das asserções pares, o que simula, portanto, duas aplicações do instrumento. Em seguida, realiza-se o cálculo do coeficiente de

correlação linear entre os valores mencionados, envolvendo todos os participantes do grupo pesquisado.

Na sequência, foi calculado o “r”, por meio do Teste de Correlação de Spearman, para todos os instrumentos, de acordo com o valor de correlação encontrado para cada assertiva e para cada participante. Logo após, o coeficiente de confiabilidade do instrumento por meio da fórmula de Spearman-Brown. Nesse cálculo, quando a correlação é igual a 1, diz-se que a confiabilidade é máxima, e o índice de confiabilidade é a correlação entre as pontuações verdadeiras e as empíricas (RICHARDSON 1985).

Com  $r = 0,708$ , pode-se calcular o coeficiente de confiabilidade final (R) pela fórmula de Spearman-Brown, como segue:

$$R = 2 \times r_{XY} / (1 + r_{XY}) = 2 \times 0,708 / (1 + 0,708) = 0,829$$

Nesse estudo, as médias dos 33 itens do questionário foram alocadas em três intervalos de pontuação de acordo com o cálculo da média final.

As médias foram interpretadas de acordo com os seguintes intervalos:

- De 1,00 a 1,99 pontos (vermelha), foi interpretado como uma percepção negativa em relação ao esperado, indicando a necessidade de mudanças de curto prazo;
- De 2,00 a 2,99 pontos (amarela), a percepção revelou aspectos que podem e devem ser melhorados;
- De 3,00 a 4,00 pontos (verde), foi considerado uma boa percepção com relação ao item investigado.

Por se tratar de uma pesquisa também de natureza qualitativa na área da saúde, as transcrições das entrevistas semiestruturadas foram analisadas por meio da Técnica da Análise de Conteúdo, na modalidade Temática, cujo conceito central é o tema (MINAYO, 2016).

A Análise de Conteúdo consiste em um conjunto de instrumentos de cunho metodológico que tem como finalidade principal o desvendar crítico. Trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2016).

De acordo com Bardin (2016), a Análise de Conteúdo se define como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (p.42).

A modalidade temática de análise objetiva descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, em que a presença e a frequência do tema são definidoras do caráter do discurso. Essa modalidade de análise busca quantificar a frequência das unidades de significação e engloba as etapas de pré-análise; de exploração do material e do tratamento dos resultados obtidos; e da interpretação (MINAYO, 1999; MIYAZATO, 2015).

Nas pesquisas qualitativas, a análise do conteúdo traz, como referencial, a presença ou a ausência de determinada característica de um dado fragmento. Assume, então, um caráter descritivo e de inferência por meio de análises que visam esclarecer as causas ou as consequências que podem ser provocadas (BARDIN, 2016).

A análise de conteúdo permite a produção de inferências sobre o texto objetivo. Confere relevância teórica ao gerar suposições acerca de determinada mensagem, a partir de embasamento teórico com proposições existentes e aceitas como verdadeiras (CAMPOS, 2004).

A análise dos dados de uma pesquisa de natureza qualitativa se divide nas etapas de pré-análise, de exploração do material e do tratamento dos dados/ interpretação dos resultados (BARDIN, 2016).

A primeira etapa envolveu a leitura flutuante do material, a compreensão geral do contexto e a assimilação do conteúdo das entrevistas.

A segunda etapa, também chamada de descrição analítica, foi o momento de exploração e de aprofundamento do material, de definição dos núcleos temáticos, de identificação das unidades de contexto (UC) e de unidades de registro (UR), e das categorias e subcategorias (FRANCO, 2012; BARDIN, 2016).

A identificação das unidades de contexto permitiu a melhor compreensão dos textos e possibilitou uma interpretação e análise aprofundadas. De acordo com Franco (2012), as UC são o ‘pano de fundo’ que imprimem significado às unidades de

análises. As UR são “a menor parte do conteúdo, cuja ocorrência é registrada de acordo com as categorias levantadas” (FRANCO, 2012, p. 43).

Após definidas as unidades de análise (UC e UR), atingiu-se, pelo processo semântico, a etapa de categorização, a qual não foi pré-definida, mas surgiu a partir das falas dos entrevistados (FRANCO, 2012).

A terceira etapa da interpretação referencial foi a fase da análise dos dados e da reflexão para a construção das conexões de ideias e das propostas de transformações (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005).

### **3.6 Procedimentos Éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo sob o nº 0102/2019, conforme (Anexo A), pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição coparticipante sob o nº 2019-22 – Declaração de aceite e comprometimento como instituição coparticipante, (Anexo B) e a Autorização para realização de pesquisa clínica em unidades assistências do Hospital Sírio Libanês (Anexo C), e pela Plataforma Brasil CAAE 07519419.0.0000.5505 (Anexo D).

Todos os participantes assinaram o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), anuindo a sua participação em todas as fases da pesquisa.

## **4 REFERENCIAL TEÓRICO**

---

Este capítulo apresenta uma revisão teórica sobre a preceptoria na Residência Multiprofissional e uma aproximação conceitual sobre competências.

#### **4.1 A Preceptoria na Residência Multiprofissional: fundamentos conceituais**

A revisão de literatura permite identificar algumas variações no conceito da preceptoria. A origem da palavra preceptor vem do latim *praecipio*, que significa “mandar com império aos que lhe são inferiores”. Surgiu como referência aos mestres das ordens militares e, posteriormente, passou a ser usada para designar “aquele que dá instruções”, como o educador, o mentor ou o instrutor (BOTTEI; REGO, 2008).

Trata-se daquele profissional que não pertence à academia, mas que tem um papel fundamental no processo educacional, na inserção e na socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho. O termo também é definido como o “docente que ensina a um pequeno grupo de alunos ou residentes”, com ênfase no desenvolvimento de habilidades relacionadas à prática clínica (BOTTEI; REGO, 2008).

De acordo com a Resolução Nº 2 da CNRMS, o preceptor é o profissional vinculado à instituição formadora e executora, com formação mínima de especialista, que deve ser da mesma área profissional do residente sob a sua supervisão. A sua função, conforme essa resolução, caracteriza-se pela supervisão direta das atividades práticas, realizadas pelos residentes nos serviços de saúde, em que se desenvolve o programa. Constitui-se na referência ao residente para o desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde (SESU, 2014).

O preceptor da área da saúde tem a função de aproximar a teoria da prática, correlacionando a bagagem de conhecimentos e o conceito que o recém-formado possui com a vivência de situações reais no campo da assistência. A sua principal função é ensinar a clinicar e exigir do residente o conhecimento teórico e o domínio da habilidade para desempenhar os procedimentos clínicos (BOTTEI; REGO, 2008).

Antes de ser um educador, esse profissional atuava essencialmente na prática assistencial. Como preceptor, precisa conciliar o cotidiano da assistência com a educação e transformar a vivência do campo profissional em experiências de aprendizagem. Contudo, sem a formação adequada, os preceptores sentem a sobrecarga de trabalho, encontram dificuldade de se dedicarem integralmente a ambas as atividades e acabam por oferecer uma assistência ou educação que podem ser errôneas ou ineficazes (MIYAZATO, 2015).

O preceptor é o eixo fundamental entre o conhecimento acadêmico adquirido e a realidade da prática clínica. A preceptoria é um trabalho árduo, porém, profundamente gratificante quando se vivencia a superação das dificuldades, o crescimento dos estudantes e o surgimento gradativo de um profissional de excelência.

Um dos papéis do preceptor é integrar os conceitos e os valores da escola e do trabalho e auxiliar o profissional em formação a desenvolver estratégias para a resolução de problemas cotidianos da atenção à saúde (BOTTI; REGO 2008).

De acordo com Botti (2012), os ensinamentos do preceptor devem focar na realização de procedimentos técnicos e na moderação de discussões de caso. Precisa assumir o papel de docente-clínico, visto que necessita do domínio da prática clínica e dos aspectos educacionais envolvidos. Esse profissional deve ser o agente formador de profissionais críticos e reflexivos de suas práticas assistenciais, por meio da problematização do cotidiano do serviço, objetivando a transformação e a reorganização de seu ambiente de trabalho (SOARES *et al.*, 2018).

Exige-se, daquele que exerce esta função, que seja um bom educador, com um conhecimento teórico vasto e uma excelente atuação na área. É fundamental que possua a competência de mediador e alie um conjunto de dimensões que compreendam desde as experiências prévias, a intencionalidade para o trabalho em grupo interprofissional, a flexibilidade e a criatividade para vivenciar as situações de maneira compartilhada com os estudantes até o envolvimento e o compromisso docente com a Educação Interprofissional.

Dentro dessa perspectiva, no momento em que conduz a formação de um profissional, o preceptor também se forma quando exerce o desenvolvimento docente, o qual se torna evidente, pois quando ensina, ele reflete sobre as experiências, construindo saberes, estratégias e projetos coletivos (BATISTA; BATISTA, 2016).

O profissional preceptor ideal deve conhecer o programa de formação e os objetivos do curso, no qual está inserido, e compreender o que se espera de sua atuação. É importante que seja capaz de receber os residentes, de oportunizar a integração com a equipe e de estimular a relação multiprofissional no ambiente de trabalho.

Identificar as lacunas e as fragilidades de aprendizado de cada residente e promover as estratégias de aprendizagem individualizada, também são funções da preceptoria. Estimular a aplicação do conhecimento teórico dos residentes na prática

clínica é um desafio diário, mas possível devido à experiência adquirida pelo preceptor no decorrer de sua carreira. A avaliação dos docentes, dos tutores e dos preceptores é fundamental, no entanto, é importante que se incentive a autoavaliação para favorecer o autodesenvolvimento (AUTONOMO *et al.*, 2015).

No cenário atual, existem diversas possibilidades de vinculação do preceptor, visto que alguns exercem essa função no serviço com estudantes de graduação e com residentes, enquanto outros, somente com residentes. Alguns são contratados especificamente para atuarem como preceptores e outros têm um vínculo assistencial e desenvolvem o trabalho de preceptoría em conjunto (BRANT, 2011).

Todavia, o contexto crítico do cenário atual apresenta diversas problemáticas que dificultam a adequada atuação do preceptor e, conseqüentemente, refletem na formação do residente. Mesmo considerado fundamental o papel do preceptor dentro dos programas de residência, como mediador entre os residentes e a instituição, esse profissional enfrenta desafios decorrentes do frágil incentivo institucional, de jornadas de trabalho desgastantes e da baixa oferta de processos de capacitação e de desenvolvimento docente. (ARAUJO *et al.*, 2017; SOARES *et al.*, 2018).

Esse profissional sofre, ainda, com a inexistência de um reconhecimento maior que se traduz na falta de remuneração ou de benefícios financeiros. Para corroborar essa situação, o Decreto Municipal de São Paulo nº58502, de 09 de novembro de 2018, reforça que as atividades de educação institucional (docência em atividade de formação e aperfeiçoamento) podem ser realizadas durante o horário de trabalho e dentro de sua área de atuação ou habilidade profissional, sem que haja remuneração extra, mantendo somente os vencimentos pagos regularmente (SÃO PAULO, 2018).

De acordo com Santana (2014), os hospitais assistenciais apresentam barreiras para a manutenção de programas de residência, devido à diminuta rotina acadêmica dentro do serviço, à equipe assistencial de trabalho enxuta e à necessidade de preceptores qualificados, limitada pela falta de compromisso com a função.

Capacitar e motivar o preceptor, torna-se fundamental, assim como investir na formação de um profissional da saúde completo nos âmbitos de assistência, de gestão e de educação, a fim de favorecer não somente o preceptor como principalmente os residentes, para que tenham um início de carreira acolhedor, menos traumatizante e possam desenvolver o raciocínio crítico reflexivo de suas rotinas.



É visível a presença de uma desarticulação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde, e este distanciamento do campo de trabalho e do ensino promove a inserção de profissionais menos capacitados e qualificados no mercado de trabalho. O profissional, experiente na prática clínica, é responsável pela função de ensino no mesmo ambiente sem que saiba mediar a construção do conhecimento necessário, explorar as habilidades e incentivar o desenvolvimento do residente (JUNQUEIRA; OLIVER, 2020).

De acordo com Missaka e Ribeiro (2011), não existe uma capacitação específica para essa relação preceptor-aluno, nem o compromisso formal com o processo formativo para exercer tal função. Existem poucos relatos na literatura sobre a formulação e a implementação de processos educativos na formação desses profissionais da saúde. Esse fato evidencia a necessidade de criação de cursos de formação pedagógica para preceptores, devido à importância desse profissional na fase crucial de transição do aluno para a prática assistencial.

O preceptor não está capacitado a preparar adequadamente o profissional. Ele encontra problemas no cenário de prática, pois além da atenção a ser dispensada ao residente, tem diversas outras obrigações burocráticas e precisa garantir o cuidado aos pacientes. É necessário que o preceptor seja capaz de executar as suas tarefas com competência e em um curto espaço de tempo, em razão da sobrecarga do trabalho. Desse modo, o residente termina exposto a condições e estrutura precárias, à falta de orientações e de treinamentos prévios e a preceptores despreparados (SKARE, 2012).

A pouca ou quase nenhuma capacitação dos preceptores ocorre pela falta de alternativas de Educação Permanente e, possivelmente, pelo fato das estratégias de ensino ainda permanecerem focadas em uma metodologia conservadora. Por esse método, o docente assume o papel de transmissor de conteúdo e o discente faz a retenção e repetição do que lhe foi passado, em uma atitude passiva e reprodutora, tornando-se um mero expectador, sem a necessária crítica e reflexão (MITRE *et al.*, 2008).

Na prática, encontram-se docentes mais envolvidos com atividades de pesquisa que colocam, em segundo plano, a prestação de cuidados, distanciando-os das situações práticas do cotidiano, o que os transforma em teóricos ineficientes na rotina dos serviços de saúde. Por outro lado, os profissionais dos serviços, muitas vezes, envolvem-se, profundamente, com as atividades rotineiras do cotidiano de

trabalho, negligenciando a Educação Permanente, o que os torna profissionais pouco atualizados. Tal desarticulação, entre a teoria e a prática, suscita uma reflexão crítica sobre a necessidade da integração ensino-serviço que unifique docentes, estudantes e profissionais de saúde com o foco central no usuário (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

A preceptoria exige uma qualificação pedagógica, no que tange a aspectos teóricos e práticos. Nesse sentido, o preceptor deve mediar o processo de aprendizagem e levar o aluno a problematizar a realidade, refletir sobre as soluções e responder as questões do cotidiano do ensino/serviço. Deve favorecer um processo de construção de conhecimento que englobe a formação humana e a profissional e estimular a busca pelo conhecimento e pelo pensamento reflexivo (LIMA; ROZENDO, 2015).

A maneira ideal de selecionar os preceptores seria aquela em que fossem escolhidos por suas competências cognitivas, técnicas e comportamentais. Todavia, os eleitos são os próprios profissionais das equipes de serviço de saúde, presentes no momento de necessidade, os quais são indicados para realizarem a supervisão direta dos residentes (BARROS, 2010). Culturalmente, o preceptor é escolhido para exercer essa função, pois seria um profissional com o domínio de um assunto específico, o que fortalece a crença de quem sabe, automaticamente, é capaz de ensinar (MORETTI-PIRES, 2009).

Apesar de reconhecer a figura do preceptor como elemento essencial no desenvolvimento dos programas de residência, falta uma regulamentação para a formação e para o desenvolvimento da preceptoria. Não é apenas o conhecimento técnico que se faz necessário, mas também o atrelar dos conhecimentos didáticos pedagógicos ao conhecimento prático (AUTONOMO *et al.*, 2015).

Considerando-se o resultado das buscas na literatura e a realidade do preceptor, evidencia-se que as instituições precisam urgentemente “enxergar” esse profissional, com as suas potencialidades e fragilidades, bem como valorizar esse educador da prática clínica pelo seu fundamental papel na formação dos novos profissionais. Compreender as características e as singularidades da equipe de preceptores de cada serviço permite analisar as condições de sucesso desse grupo diante dos programas de residência e as possíveis alternativas de melhoria.

## 4.2 Competências: aproximações conceituais

Na literatura, existem diversas definições para o conceito de “competência” que aparece em diferentes áreas de pesquisa como educação, a saúde, as ciências sociais e jurídicas, conferindo-lhe um caráter multidisciplinar (BALDO, 2008).

Competência é uma palavra utilizada para designar uma pessoa qualificada para realizar alguma coisa. O dicionário inglês Webster define competência como “qualidade ou estado de ser funcionalmente adequado ou ter suficiente conhecimento, julgamento, habilidades ou força para uma determinada tarefa”. O dicionário de língua portuguesa Aurélio define como “a capacidade para resolver qualquer assunto, aptidão, idoneidade e capacidade legal para julgar pleito”.

Autores como o americano Richard Boyatzis, na década de 1980, franceses como Le Boterf e Zarifian, e autores ingleses como Jacques e seus seguidores (Billis e Rowbottom, Stamp e Stamp) contribuíram para o enriquecimento do conceito a respeito de competências. Uma das primeiras descrições encontradas foi a do americano McClelland, em 1973, que definiu competência como uma característica subjacente a uma pessoa, casualmente relacionada com o desempenho superior na realização de uma tarefa ou em determinada situação.

A noção de competência, proveniente da literatura francesa, procurava ir além do conceito de qualificação. De acordo com Zarifian (2012), competência é a inteligência prática para as situações que se apoiam sobre os conhecimentos adquiridos e os transformam com tanto mais força quanto mais aumenta a complexidade das situações.

Dutra (2004) defende a existência de três grandes correntes teóricas que explicam o conceito sobre as competências. A primeira, representada principalmente por autores norte-americanos como McClelland (1982), Boyatzis (1982) e Lawler (1973), entende a competência como um conjunto de características subjacentes à pessoa que permitem que ela lide com determinadas situações. A segunda, defendida principalmente por autores franceses como Le Boterf (1995) e Zarifian (1999), associa a competência às realizações e às produções do indivíduo em determinado contexto. A terceira vertente busca uma perspectiva integradora, uma vez que defende a junção das concepções anteriores. Esta corrente é representada por autores brasileiros como Fleury e Fleury (2001), Dutra (2004) e Rodrigues e Witt (2013).

Fleury e Fleury (2001) definem competência como um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, os quais agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo. Os termos frequentemente associados à competência são: saber aprender e agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos e assumir responsabilidades.

De acordo com Cruz (2003), ser competente significa controlar quais comportamentos emitir ou suprir em determinados contextos para realizar objetivos discriminados por si mesmos ou pelos outros. Botomé (2000) define competência como um grau de perfeição com que a aptidão é desenvolvida, em que aptidão é algo que alguém precisa ser capaz de fazer, ou seja, o grau da capacidade de atuar. Conforme o autor, aptidão, competência, habilidade e perícia são diferentes graus de perfeição do indivíduo na capacidade de realizar uma ação.

Mayer, Caruso e Salovey (1999) fazem uma diferenciação entre aptidão e competência, pois consideram a primeira como o potencial que se expressa concretamente, com a apresentação de respostas corretas para problemas e conhecimento de determinado assunto, enquanto competência, seria um nível padronizado de realização.

Carroll (1993), insere a habilidade no contexto do potencial de realização, estando correlacionado ao grau de facilidade em lidar com as informações e com determinado problema. Para que a habilidade se transforme em competência é necessário investimento em experiências de aprendizagem.

A competência possui um significado complexo, não se limitando, apenas, ao conhecimento teórico e prático adquirido, mas à junção das habilidades, das capacidades e das atitudes para realizar algo em face a determinado contexto. As competências são construídas por meio de processos de aprendizagem influenciados por três dimensões humanas: os conhecimentos, as habilidades e as atitudes (FLEURY; FLEURY, 2001; BRANDÃO, 2007).

De acordo com Durand (2000), o conhecimento é o conjunto de informações reconhecidas, assimiladas e estruturadas pelo indivíduo durante a vida que causam impacto sobre o seu comportamento e o seu julgamento diante do mundo. A habilidade refere-se à capacidade de processamento cognitivo do indivíduo de fazer uso produtivo do conhecimento armazenado em sua memória e aplicá-lo em uma ação, objetivando a resolução de problemas. O conhecimento está relacionado ao

entendimento “do o quê e por que fazer”, enquanto a habilidade se refere ao desempenho, ou seja, como fazer algo em determinado processo. A combinação de conhecimentos e habilidades evidencia a capacidade do indivíduo.

A atitude envolve aspectos sociais e afetivos, relacionados ao trabalho, e tem o efeito de ampliar a reação positiva ou negativa de um indivíduo, ou seja, a sua intenção no que concerne à adoção de uma ação específica. Esse componente da competência está relacionado a um sentimento de aceitação ou de rejeição do indivíduo em relação aos outros, a objetos ou a situações. A atitude refere-se ao “querer fazer” (BRANDÃO, 2007).

No universo corporativo e no ambiente de serviço em saúde, é cada vez mais frequente e incentivada a realização de atividades coletivas e de tarefas por equipes de trabalho, o que acentua a necessidade de desenvolvimento de aptidões que qualifiquem o profissional socialmente. Nesse sentido, é possível pensar que as competências comunicativas representam um diferencial na qualidade das interações na medida em que instrumentalizam os sujeitos para trabalharem em grupo (BALDO, 2008).

As transformações na formação profissional, diante das exigências por especialização e por competitividade, têm provocado mudanças para as quais o diploma passa a não significar uma garantia de emprego. A empregabilidade está relacionada à qualificação pessoal e, dessa maneira, as competências técnicas devem estar associadas à capacidade de decisão, de adaptação a novas situações, de comunicação oral e escrita e de trabalho em equipe.

A Resolução CNE/CES Nº 4, de 19 de fevereiro de 2002, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em fisioterapia, aborda as competências gerais necessárias ao profissional fisioterapeuta, dentre as quais estão a atenção à saúde, a tomada de decisões, a comunicação, a liderança, a gestão e a Educação Permanente.

A atenção à saúde se refere à capacidade de desenvolver, com qualidade, as ações de prevenção, de promoção e de proteção e reabilitação da saúde individual ou coletiva, dentro dos princípios do respeito e da ética. A integralidade do cuidado deve ocorrer dentro de um trabalho em equipe, com ações de caráter interdisciplinar, transdisciplinar e interprofissional.

A tomada de decisões envolve a capacidade de avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, a partir da análise de sua eficácia, segurança e custo-

efetividade. Deve ser compartilhada com a equipe multiprofissional e pautada pelo conhecimento e pelo embasamento científico.

A comunicação é, igualmente, citada na resolução do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) como uma competência que exige a capacidade de ter uma postura acessível, que busque uma escuta qualificada, com linguagem verbal e não verbal adequada e fala assertiva. Envolve também a confidencialidade das informações que dialoga com os princípios da ética profissional.

A liderança é uma competência ampla e se refere à habilidade do profissional para demonstrar, de modo eficiente, a responsabilidade, o compromisso, a empatia, a eficácia na tomada de decisões, a comunicação e o gerenciamento. A gestão envolve a capacidade do profissional de avaliar e organizar o processo de trabalho, de providenciar os recursos materiais e humanos necessários e de promover a integralidade do cuidado.

A Educação Permanente diz respeito à realização de atividades de educação em saúde e popular, com apoio aos pacientes, familiares e à comunidade, para o empoderamento do autocuidado de seus problemas de saúde. A Educação Permanente dialoga: com a formação em saúde; com a busca contínua pelas melhores evidências; com a disponibilidade para aprender e proporcionar a aprendizagem, dentro de uma postura investigativa e de autonomia intelectual; com o compartilhamento de saberes, socializando o conhecimento; e com a mobilização do conhecimento a partir da prática profissional.

De acordo com BRASIL (2002), a Educação Permanente refere-se à própria capacitação e à atualização constantes durante a trajetória profissional, bem como ao compromisso e à responsabilidade no apoio à formação de futuros fisioterapeutas, colaborando com os treinamentos e os estágios.

Além das competências específicas, relativas à profissão de fisioterapia, o preceptor ainda deve incorporar outras capacidades. Conforme Rodrigues (2012), as atividades desenvolvidas pelos preceptores são classificadas em quatro categorias: administrativas, assistenciais, docentes e institucionais. O perfil de competência do preceptor deve englobar: a capacidade de estimular o raciocínio e a postura ativa do residente; o planejamento, o controle do processo de aprendizagem e a análise do desempenho do residente nesse processo; o aconselhamento e o fornecimento de feedbacks que permitam o crescimento profissional do residente; e o apoio na busca pelos melhores caminhos e alternativas.

Nesta pesquisa, adotamos como referencial o conceito de Competências que consiste em um conjunto complementar e interdependente de conhecimentos, habilidades e atitudes, os quais são necessários para exercer certa atividade, bem como ao desempenho da pessoa em um determinado contexto. Trata-se de um agrupamento de recursos que o indivíduo retém e é capaz de mobilizá-los para a resolução de uma situação em um contexto específico (RODRIGUES e WITT, 2013; FLEURY e FLEURY, 2001; DUTRA, 2004; GONÇALVES et al., 2017).

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---



Os resultados e a discussão são apresentados em três subcapítulos: 5.1 – Conhecendo os participantes da pesquisa: os preceptores do Hospital Sírio Libanês; 5.2 – Competências para o exercício da preceptoria: o olhar dos preceptores; e 5.3 – Fortalezas, fragilidades e sugestões para a preceptoria.

### 5.1 Conhecendo os participantes da pesquisa: os preceptores do Hospital Sírio Libanês

Tabela 1. Perfil dos participantes da pesquisa: gênero e idade.

	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	44	88
Masculino	6	12
<b>Faixa Etária</b>		
<b>Até 33 anos</b>	18	36
<b>33 a 38 anos</b>	15	30
<b>Acima de 38 anos</b>	17	34

Fonte: dados da pesquisa

A etapa de coleta de dados permitiu extrair a caracterização dos 50 participantes, conforme apresentado na Tabela 1 acima. O perfil da amostra é composto por uma faixa etária diversificada, em que 66% têm menos de 38 anos de idade, o que indica uma população jovem, e composta predominantemente por preceptores do sexo feminino, seguindo a tendência da profissão.

Esses dados, corroboram o estudo realizado por Shiwa (2015), sobre o perfil dos fisioterapeutas do Estado de São Paulo. O estudo mostrou que, em um universo de 2323 fisioterapeutas participantes, 80% eram do sexo feminino e 75% deste total tinham idade inferior a 40 anos. Esse dado era esperado devido a fatores como o desgaste físico e o impacto ergonômico, gerado pela prática assistencial; e também por serem relativamente novos a profissão de fisioterapeuta e o curso de fisioterapia, reconhecido como curso de nível superior e regulamentado pelo Decreto-lei nº 938/69, no ano de 1969.

Tabela 2. Perfil dos participantes: pós-graduação *Lato Sensu* e *Stricto Sensu*.

	N	%
<b>Especialização</b>		
Sim	42	84
Não	8	16
<b>Mestrado</b>		
Sim	9	18
Não	41	82
<b>Doutorado</b>		
Sim	6	12
Não	44	88

Fonte: dados da pesquisa

Dentre as áreas indicadas pelos participantes na realização de cursos de pós-graduação, a Tabela 2 evidencia elevada porcentagem de profissionais com pós-graduação *Lato Sensu*, distribuídos, principalmente, nas especialidades de fisioterapia respiratória, UTI e hospitalar, o que era esperado por se tratar de um serviço hospitalar.

Existe uma porcentagem menos expressiva que possui pós-graduação *Stricto Sensu*, de acordo com os achados da pesquisa de Shiwa (2015), na qual somente 17,5% dos fisioterapeutas do Estado de São Paulo têm mestrado ou doutorado concluído ou em andamento.

A média de tempo de formação do ensino superior em fisioterapia é de 14 anos, com resultados nos intervalos de 7 a 30 anos de formação. Na instituição, o preceptor fisioterapeuta mais antigo atua há 25 anos, enquanto o mais novo possui 4 anos de contrato. São colaboradores que apresentam amplo conhecimento sobre o hospital e o local de trabalho, com média de tempo na instituição de 11 anos.

Quanto ao tempo de exercício da função de preceptor, a média da amostra é de 6 anos e estão distribuídos, principalmente, nos Programas de Residência Multiprofissional de cuidado ao paciente crítico e oncológico.

Com relação aos setores de trabalho, a Tabela 3 evidencia quão heterogênea foi a amostra de preceptores fisioterapeutas que participaram dessa pesquisa. A maior contribuição numérica foi da unidade semi-intensiva.

Tabela 3. Distribuição da amostra de acordo com setores de atuação.

<b>Setores de Atuação</b>	<b>Preceptores (%)</b>
Centro de Reabilitação	14
Pediatria	12
Transplante de Medula Óssea	6
UAIC	8
Unidade Crítica Cardiológica	6
Unidade Crítica Geral	8
Unidade de Internação	14
Unidade de Terapia Intensiva	14
Unidade Semi Intensiva	18
<b>Total</b>	<b>100</b>

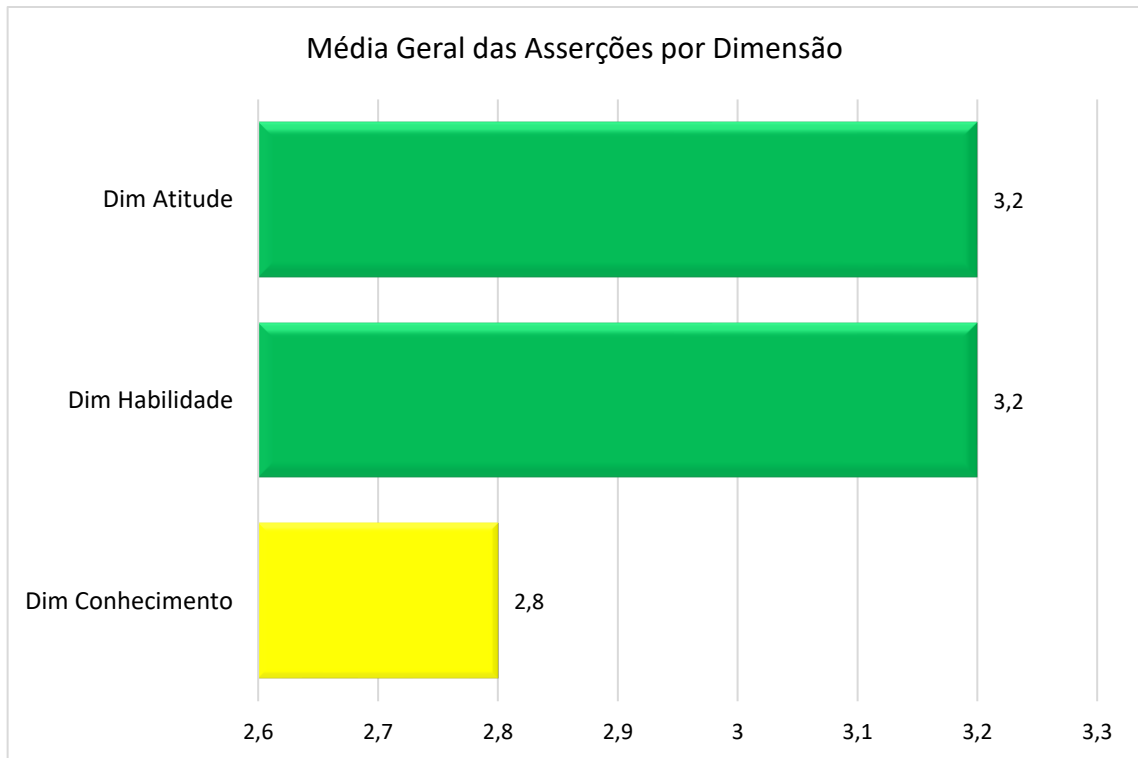
Fonte: dados da pesquisa

## 5.2 Competências para o exercício da preceptoria: o olhar dos preceptores

Para a caracterização das competências necessárias à preceptoria, a produção dos dados foi realizada com base em uma dupla abordagem, como relatado na metodologia. Os dados coletados, a partir da aplicação do questionário, foram analisados estatisticamente e expostos a seguir.

A Figura 1 demonstra a média de pontuação dos itens categorizados nas três dimensões: conhecimento, habilidade e atitude. Dentre as dimensões delimitadas no estudo, as competências cognitivas foram as de menor média, comparadas com as dimensões de habilidades e de atitudes que ficaram empatadas.

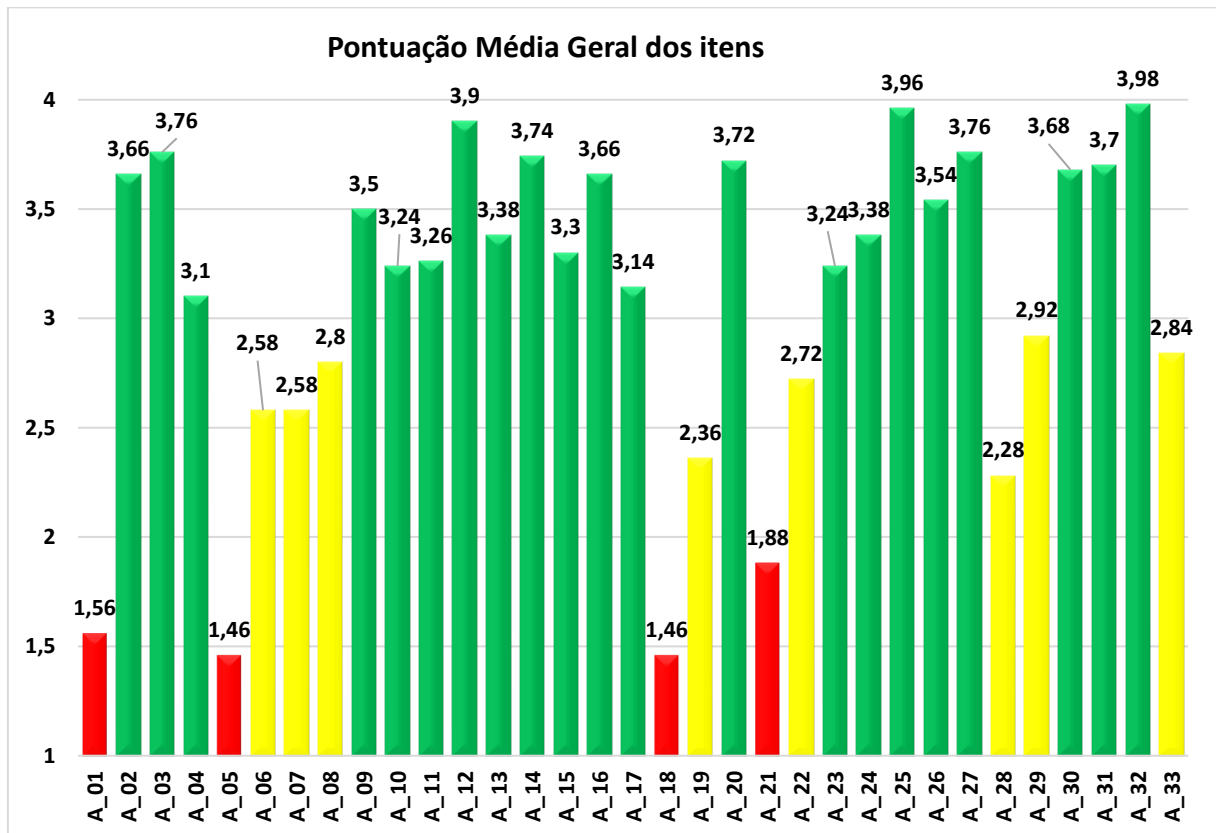
Figura 1: Pontuação Média Geral por Dimensão, São Paulo, Outubro 2019.



O *Teste de Mann-Whitney* verificou que variáveis como a idade, o sexo, o tempo de exercício da preceptoria, o tempo na instituição, o setor em que exercem a preceptoria e a presença de pós-graduação, não modificaram os resultados, uma vez que os cruzamentos não foram estatisticamente significativos.

Na Figura 2, são apresentadas as pontuações médias para cada item e a sua classificação entre o verde, o amarelo e o vermelho.

Figura 2: Pontuação Média Geral por Asserções da pesquisa, São Paulo, Outubro de 2019.



Como explicitado anteriormente no Capítulo da Metodologia, os resultados dos itens foram divididos em três intervalos de pontuação, com a seguinte interpretação:

- 1,00 a 1,99 pontos (cor vermelha): a percepção foi considerada negativa, o que indica a necessidade de mudanças a curto prazo;
- 2,00 a 2,99 pontos (cor amarela): a percepção revelava aspectos a serem melhorados;
- 3,00 a 4,00 pontos (cor verde): a percepção é positiva e pode ser potencializada, mas, a princípio, a manutenção da situação pesquisada é suficiente.

Na Figura 2, é possível, igualmente, constatar que quatro itens se encontram em vermelho (A1, A5, A18 e A21), oito itens estão em amarelo (A6, A7, A8, A19, A22, A28, A29, A33) e os 21 restantes (A2, A3, A4, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A15, A16, A17, A20, A23, A24, A25, A26, A27, A30, A31, A32) em verde, totalizando os 33 itens.

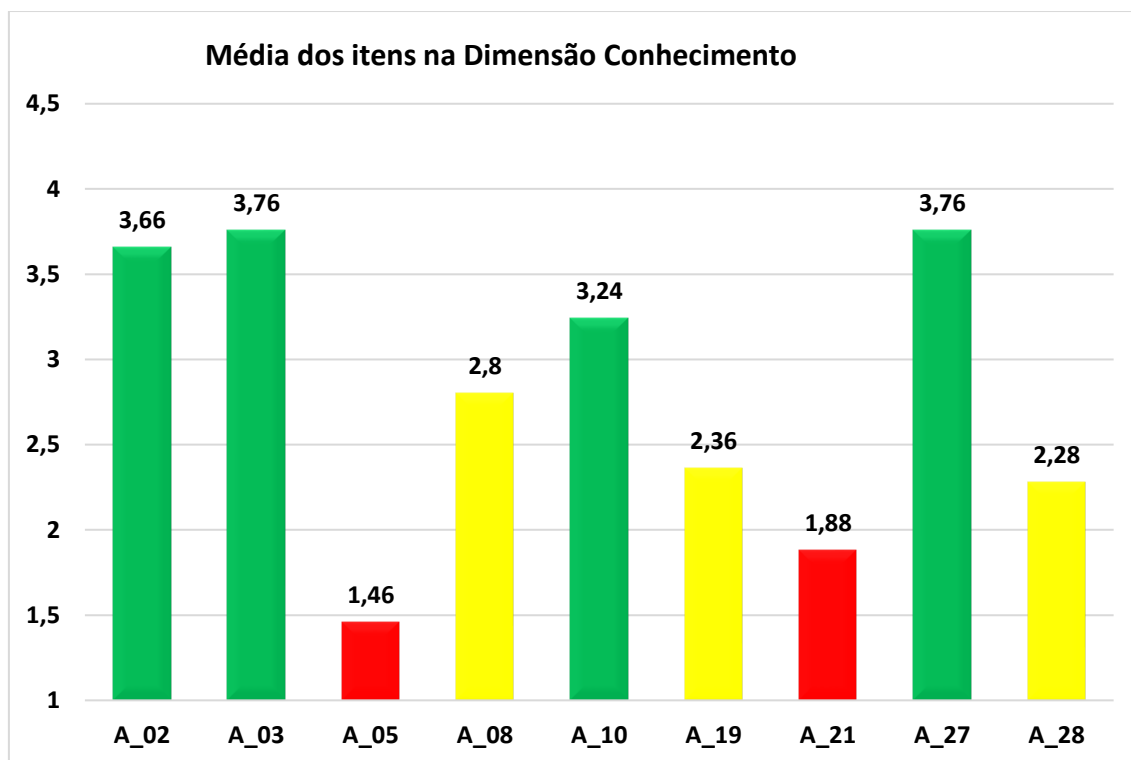
### 5.2.1 Competências relacionadas à dimensão conhecimento

Os itens que compõe o questionário foram previamente randomizados para a etapa de coleta de dados. No entanto, para melhor compreensão e apresentação dos dados, neste momento da discussão dos resultados, os itens foram alocados em suas respectivas dimensões e expostos no Quadro 1 (Conhecimento), Quadro 2 (Habilidade) e Quadro 3 (Atitude).

Quadro 1: Dimensão **Conhecimento**.

COMPETÊNCIAS DO PRECEPTOR FISIOTERAPEUTA NA DIMENSÃO CONHECIMENTO
A2. A prática da preceptoria depende do conhecimento e domínio do ambiente de trabalho
A3. Conhecer a <i>expertise</i> individual de cada preceptor potencializa a aprendizagem compartilhada
A5. Capacitação e atualização constantes garantem a atividade da preceptoria
A8. Os preceptores têm clareza sobre as responsabilidades e atribuições a serem desempenhadas pelo residente
A10. É esperado que os preceptores organizem seminários e discussões de casos clínicos com o residente
A19. A produção científica de capítulos de livros e publicação de artigos diferencia o preceptor em sua prática educativa
A21. A correlação teoria e prática no cotidiano da preceptoria tem sido um desafio constante
A27. A prática da preceptoria deve estar alinhada com as propostas dos programas de residência
A28. Reconheço a importância, mas não tenho formação na área de educação em saúde

Figura 3: Pontuação Média Geral na Dimensão Conhecimento, São Paulo, outubro 2019.



Com opinião divergente do resultado encontrado nos itens A5 e A21, compreendo que a capacitação e a atualização constante são necessárias, porém não garantem a atividade qualificada do preceptor. É preciso que esse profissional tenha o interesse genuíno em se dedicar à educação; compreenda o seu papel como um docente, inserido no cenário de prática; e não entenda que o fato de ter amplo conhecimento em Fisioterapia e possuir a competência de ensinar sejam sinônimos.

A etapa das entrevistas foi crucial para que se elucidasse uma provável falha na compreensão do item A5 que gerou um resultado duvidoso. Diferentemente do planejado na construção do questionário, que idealizava o olhar do item para a capacitação e para a atualização na fisioterapia, as entrevistas evidenciaram que a compreensão dos participantes estava direcionada à capacitação para educação, o que demonstrou uma possível falta de clareza do item.

O item A21 retrata a percepção real do desafio enfrentado pelos preceptores na correlação teoria e prática no cotidiano dos plantões. Ter um Programa de Residência Multiprofissional no serviço, exige que os profissionais apresentem

*expertise* em suas práticas e estejam sempre atualizados, com o domínio dos conceitos teóricos que permitam auxiliar o residente em seu aprendizado. Trata-se de um resultado esperado, visto que os residentes normalmente têm um conhecimento teórico prévio, mas pouca vivência da assistência, principalmente das especialidades.

Este dado corrobora o que ressaltam Botti e Rego (2008). Os autores reforçam a capacidade do preceptor da área da saúde de aproximar os conceitos teóricos da prática, correlacionando a bagagem de conhecimentos que o recém-formado possui com a vivência de situações reais no cenário da assistência. A principal função do preceptor é ensinar o residente a prestar o cuidado ao paciente e exigir desse profissional o conhecimento teórico e o domínio da habilidade para desempenhar procedimentos clínicos.

A clareza, que os preceptores possuem sobre as responsabilidades e as atribuições a serem desempenhadas pelo residente (item 8), foi identificada na zona amarela. É um fator preocupante, visto que para desenvolver as competências de um aprendiz, a premissa inicial é ter conhecimento sobre o que deve ser trabalhado. Uma ação que pode modificar positivamente esse cenário é evidenciar e tornar mais acessível os desempenhos esperados pelo residente, apoiando os preceptores quanto ao seu entendimento.

A temática do item 19 permite opiniões divergentes sobre a relação existente entre a pesquisa e a educação. Localizado na zona vermelha, esse item mostra que os preceptores sinalizaram que a produção científica, seja na elaboração de livros seja publicação de artigos, não diferencia a prática educativa do preceptor. Ao entender que a pesquisa fornece apoio e subsídios relevantes para o processo de ensino e aprendizagem, há discordância com o resultado obtido. O domínio da prática clínica não é suficiente, manter-se atualizado e ser uma referência no campo teórico também é importante, apesar de não ser imprescindível, para a ação do preceptor.

Refletindo sobre esta temática, Albuquerque *et al.* (2008) relatam que na prática, encontram-se docentes mais envolvidos com atividades de pesquisa, os quais colocam, em segundo plano, a assistência, distanciando-se das situações práticas do cotidiano, o que os transforma em teóricos ineficientes na promoção do cuidado. Por outro lado, os profissionais dos serviços de saúde, muitas vezes, envolvem-se, profundamente, com as atividades do cotidiano de trabalho, negligenciando a Educação Permanente, o que os torna profissionais pouco atualizados.



A dificuldade de formar um profissional da saúde, que contemple simultaneamente as competências em gestão, na assistência e na educação, reforça a necessidade de maior integração entre ensino-serviço e o apoio à pesquisa e aos processos formativos de educadores da área da saúde. Um preceptor capacitado precisa ter experiência no cotidiano da atenção à saúde, competência para ensinar e conhecimento teórico apoiado na pesquisa.

O resultado do item 28 pode gerar dúvida sobre o motivo principal da escolha dos participantes na resposta. Ademais, por estar na zona amarela, não modifica a necessidade de atenção do serviço. A média de 2,28, desse item, indica que os participantes podem não reconhecer a importância da formação em educação para a prática da preceptoria ou não a possuem. Independentemente da causa raiz, promover a conscientização do valor dessa formação específica e ofertar capacitações direcionadas a este grupo, são sugestões de melhorias futuras.

A opinião, sobre a realidade atual da formação em educação para prática da preceptoria, assemelha-se a de Mitre *et al.* (2008) que afirmam haver pouca ou quase nenhuma capacitação específica, além da carência de alternativas em Educação Permanente e estratégias de ensino adequadas. De acordo com Missaka e Ribeiro (2011), não existe uma capacitação específica para essa relação preceptor-aluno nem o compromisso formal com o processo formativo para exercer tal função, o que corrobora o pensamento de Skare (2012) ao afirmarem que os preceptores não estão capacitados para preparar apropriadamente o novo profissional para o serviço.

Apesar de reconhecerem a importância, a formação na área de educação raramente é prioridade para o profissional da saúde. Assim que terminam a graduação, os fisioterapeutas, que se interessam pelo ambiente hospitalar, tendem a buscar cursos e capacitações voltadas a especialidades exigidas pelo mercado de trabalho. Quando surge o interesse na formação em educação, esse ocorre após anos de prática clínica e, muitas vezes, vem acompanhado de um certo desconforto pela falta de conhecimento, após o ingresso na preceptoria.

Dentre os itens com maior média da dimensão conhecimento, era esperado que os preceptores considerassem válida a competência de promoção de discussões de casos clínicos e seminários (A10), uma vez que é parte da rotina dos preceptores dentro de todas as unidades. De acordo com Botti (2012), o preceptor deve ensinar por meio de procedimentos técnicos e da moderação de discussões de caso. Deve,

igualmente, assumir o papel de docente-clínico, visto que necessita do domínio da prática clínica e dos aspectos educacionais envolvidos.

Nesse sentido, foi confirmada, como fortaleza da equipe, a competência presente no item 27, que se refere à realização da prática da preceptoria alinhada com as propostas do programa de residência. Essa temática é reforçada por Autonomo *et al.* (2015), ao afirmarem que o preceptor ideal deve conhecer o programa de formação e os objetivos do curso no qual está inserido e compreender o que se espera de sua atuação.

O item (A2), que afirma que a prática da preceptoria depende do conhecimento e do domínio do ambiente de trabalho, teve média elevada e permaneceu na zona verde. É possível que esse resultado fortaleça a importância de reduzir a rotatividade dos preceptores entre os setores de trabalho.

O conhecimento da *expertise* de cada preceptor, como condição de potencializar a aprendizagem compartilhada (A3), é uma competência que também está na zona verde. Por ser um hospital geral, que presta assistência a todas as especialidades, esse dado é fundamental para ter a ciência que os profissionais visualizam as suas fragilidades e as suas limitações. Ademais, fortalecem-se enquanto equipe quando buscam o conhecimento teórico-prático de outros preceptores para apoiarem o processo de ensino e aprendizagem do residente.

Em uma instituição com elevado número de preceptores, é possível favorecer o aprendizado do residente, contanto que sejam exploradas as melhores referências para cada assunto e desde que o grupo tenha conhecimento da *expertise* individual. Acredita-se que uma ação valiosa seja a aproximação dos integrantes deste grupo, permitindo que conheçam seus pares, além de uma divulgação melhor das áreas de interesse e de estudo de cada preceptor.

Como **síntese**, no que se refere às competências para o exercício da preceptoria na dimensão conhecimento, os resultados do questionário apontaram que é necessário ter:

- Conhecimento da estrutura física e do operacional do ambiente de trabalho;
- Conhecimento das propostas do programa de residência;
- Conhecimento do grupo e da *expertise* dos diferentes preceptores que o compõe;
- Domínio de conhecimentos específicos da área para realização de seminários e discussões de casos clínicos com o residente;

- Formação em estratégias educacionais para o exercício da preceptoria.

Dialogando com os resultados do questionário, na análise qualitativa das entrevistas, foram registradas 50URs, das quais emergiram duas categorias para essa dimensão.

Para facilitar a visualização na discussão dos dados, as **categorias** estão grifadas em **negrito**.

A primeira foi o **Conhecimento prático profissional específico com ênfase na prática baseada em evidências**.

Essa competência, extraída de 7URs, refere-se ao domínio teórico, pautado nas melhores evidências e à busca constante por conhecimento, baseada em fontes confiáveis que fornecem o embasamento necessário para a prática. Tal capacidade cognitiva foi manifestada em depoimentos como:

“Então, vamos falar da prática baseada em evidências? Acho que isso o preceptor precisa dominar, mas ele não precisa ser um pesquisador para isso. É a importância de evidenciar as suas condutas e isso não significa ser um pesquisador” (P<sub>1</sub>).

“O preceptor precisa pautar, fundamentar e mostrar a importância do profissional para o residente que está se formando ali” (P<sub>2</sub>).

“[...] o preceptor, como profissional, tem que estar sempre capacitado e atualizado para oferecer o melhor atendimento para o paciente. É dever de qualquer bom profissional, sendo preceptor ou não” (P<sub>8</sub>).

O domínio da prática profissional específica, apoiada no pilar da prática baseada em evidências, potencializa a ação do preceptor ao demonstrar qualidade e excelência na assistência às condutas e aos procedimentos, pautadas em sólido conhecimento teórico. Permite ao residente considerar a atuação prática do preceptor como um modelo profissional a ser seguido e como uma fonte confiável de um fisioterapeuta atualizado.

Considerando que o preceptor fisioterapeuta é fundamentalmente um profissional assistencial, que exerce a sua especialidade como fonte de aprendizado ao residente, é necessário que possua a capacidade de selecionar as melhores evidências científicas, válidas e confiáveis. De acordo com Herbert *et al.* (2011), entende-se por prática da fisioterapia baseada em evidências, as decisões clínicas fundamentadas nas pesquisas de alta qualidade, mas ressalta-se a importância de integrar esses dados às expectativas, aos desejos e aos valores dos pacientes, assim como à experiência do profissional de saúde quanto à identificação do estado de saúde, dos riscos e dos benefícios de determinada intervenção.

De acordo com Dias e Dias (2017), no contexto da fisioterapia, existe um excesso de fontes inadequadas, errôneas e ineficazes, em que a prática cotidiana se sobrepõe a pesquisas científicas consistentes. Os autores reforçam que os fisioterapeutas precisam buscar e interpretar criticamente as publicações, procurando apoiar a tomada de decisões. Contudo, os marcos teóricos da área da fisioterapia ainda são muito influenciados pelo modelo biológico. Esses profissionais enfrentam a problemática de práticas com efeitos terapêuticos menos intensos que exigem um longo tempo de intervenção para a obtenção de resultados significativos. Ademais, o custo e a baixa adesão dos pacientes ao tratamento influenciam, igualmente, na busca pelos resultados das pesquisas.

A segunda competência, extraída de 43UR é a **Apropriação dos fundamentos teóricos conceituais e metodológicos da preceptoria**. Os preceptores consideram que apresentar o conhecimento, voltado ao ensino na área da saúde, e domínio do papel de docente assistencial faz parte do conteúdo dessa competência. Envolve o saber ensinar e o compreender o papel do preceptor e a metodologia de ensino e aprendizagem:

[...] capacitação na questão educacional. Não capacitação técnica em Fisioterapia, porque isso vai trazer teoria para o preceptor. O manejo educacional do residente” (P<sub>3</sub>).

“[...] quando o preceptor consegue fazer o link e falar: entendeu, que aquilo que vimos no espaço teórico aconteceu aqui na prática, com muitas outras dimensões que o mundo real é capaz de trazer? [...] é mostrar a beleza do cenário como o melhor ambiente de aprendizagem para o residente” (P<sub>1</sub>).

A capacidade para o exercício da preceptoria é citada por Barreiros *et al.* (2020), como o conjunto de competências, a saber: o conhecimento em ensino, as habilidades para o ensino e a atitude ao ensinar. Na prática, envolve ações de acompanhamento das atividades do residente, de feedbacks constantes, de domínio teórico de metodologias de ensino e aprendizagem e de particularidades referentes à Andragogia.

Os preceptores frequentemente dominam os saberes profissionais, essenciais ao exercício da assistência hospitalar, mas carecem de saberes pedagógicos, tais como os processos de ensino-aprendizagem e as modalidades de avaliação, reproduzindo modelos de formação pelos quais foram graduados.

De acordo com Missaka e Ribeiro (2011), além do apoio institucional, é preciso estratégias educacionais que favoreçam o desenvolvimento de cursos de formação pedagógica, no intuito de ampliar o olhar dos preceptores para as questões sobre a educação, o trabalho e a saúde.

### **5.2.2 Competências relacionadas com a dimensão habilidades**

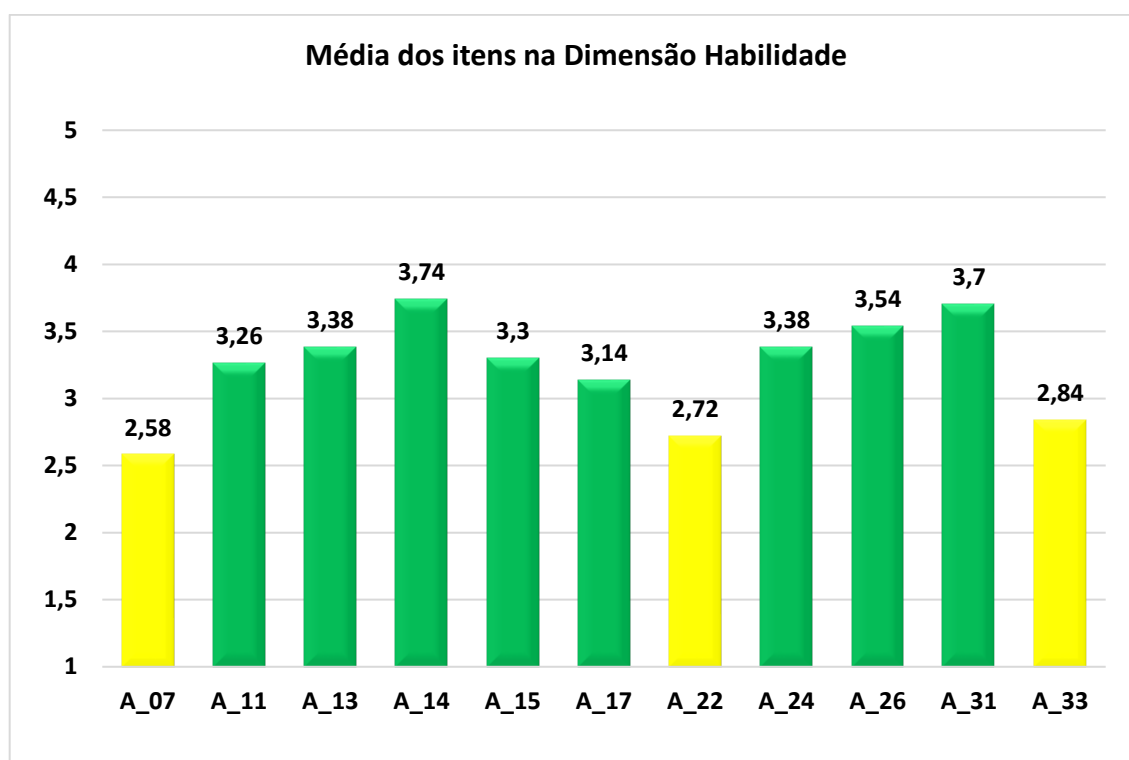
Esta dimensão foi explorada no questionário a partir de 11 itens, conforme apresentado no Quadro 2 abaixo.

Quadro 2: Dimensão **Habilidade**.

<b>COMPETÊNCIAS DO PRECEPTOR FISIOTERAPEUTA NA DIMENSÃO HABILIDADE</b>
A7. Percebo, com frequência, falta de clareza e objetividade na comunicação dos preceptores com residentes
A11. Na minha prática, a comunicação com os tutores se dá de maneira solidária com vistas a troca de saberes
A13. Apresentar desempenhos necessários ao cuidado fisioterapêutico nas disfunções respiratórias é um dos pré-requisitos para exercer a preceptoria
A14. Como preceptor, evito a presença do residente em intercorrências e emergências
A15. Apresentar desempenhos necessários ao cuidado fisioterapêutico nas disfunções musculoesqueléticas é um dos pré-requisitos para exercer a preceptoria
A17. Dominar técnicas e procedimentos práticos são suficientes para garantir a qualidade do preceptor
A22. Consigo conciliar a rotina assistencial com as funções da preceptoria
A24. No processo ensino-aprendizagem, o preceptor deve adequar sua atuação às necessidades dos residentes
A26. A preceptoria utiliza a problematização e busca de soluções como estratégia de ensino aprendizagem do residente
A31. A troca de saberes entre os preceptores de unidades diferentes é fundamental para a aprendizagem do residente
A33. Os preceptores sabem lidar com as situações de conflito vivenciadas pelo residente no cenário de prática

Seguindo para as competências da Dimensão Habilidade, verifica-se, na Figura 4, que essa dimensão foi a única que não apresentou item algum com média em vermelho, mas os itens (A7), (A22) e (A33) estão em amarelo.

Figura 4: Pontuação Média Geral na Dimensão Habilidade, São Paulo, Outubro 2019.



A fisioterapia em ambiente hospitalar está diretamente relacionada a ações práticas de procedimentos e técnicas voltadas ao cuidado, principalmente, das disfunções músculo esqueléticas e respiratórias. Nesse cenário, o manuseio da ventilação mecânica, a promoção de higiene brônquica, a oxigenioterapia, a mobilização de pacientes e as transferências e estímulo à funcionalidade, são exemplos de competências do fisioterapeuta nessa dimensão. No entanto, o fisioterapeuta preceptor precisa, além dessas, de outras competências como a capacidade de gerenciar conflito, de educar em situações de estresse, de conciliar a rotina assistencial com as funções educacionais e de dominar a comunicação.

A comunicação entre os preceptores e os residentes (A7) é uma competência que está na zona amarela, necessitando, possivelmente, de melhorias a médio prazo. Considerado um grande desafio no ambiente hospitalar e na prática educacional, a

comunicação é uma competência complexa, em que falhas como a falta de clareza e de objetividade são observadas, inclusive, por profissionais experientes. Desenvolver a capacidade de comunicação em grupo pode ser útil não apenas para essa situação, mas também proporcionar uma qualificação do profissional que se beneficia no diálogo com os clientes, na passagem de plantão e na comunicação entre as equipes e os setores.

O conteúdo do item (A22) dialoga com a temática da sobrecarga de trabalho presente no item A1. Skare (2012) cita a dificuldade de conciliar a rotina assistencial com as funções da preceptoria. O autor defende que, ao lado da atenção a ser dada ao residente, o preceptor tem diversas outras obrigações burocráticas, além de ter de garantir o cuidado aos pacientes. É exigido que o preceptor consiga executar as suas tarefas com competência em um curto intervalo de tempo, devido à sobrecarga do trabalho. Dessa maneira, o residente se torna o maior prejudicado ao ser exposto a condições de ensino e de estrutura precárias, à falta de orientações e de suporte educacional adequado, bem como a preceptores despreparados ou esgotados em virtude da quantidade de funções acumuladas.

O acúmulo de atribuições do profissional promove, frequentemente, serviços mal executados; a necessidade de escolha de uma função em detrimento de outras; a insatisfação com a falta de qualidade; o estresse e o risco de Burnout. Nesse momento, a gestão exerce um papel fundamental e deve propiciar que os colaboradores atinjam o nível de estresse compatível com o maior desempenho e não extrapolem o limite do profissional.

As situações de conflito (item A33) são vivenciadas, frequentemente, nesta instituição. Nesse sentido, a capacidade de lidar com esse tipo de situação, torna-se uma competência importante ao preceptor. Em uma instituição de saúde privada de grande porte e de alta complexidade, direcionada principalmente a uma população de elevado poder aquisitivo e elevada educação sociocultural, é esperado que existam conflitos de interesse, divergências entre equipes e manifestações diversas de insatisfação. Cada serviço, seja público seja privado, tem particularidades que favorecem o desenvolvimento de conflitos específicos, o que exige um modelo de gestão individualizado para dirimir tais problemas.

Os questionamentos sobre a qualidade do atendimento prestado, com relação ao cuidado geral proporcionado; os descontentamentos de pacientes e familiares com a evolução não satisfatória do quadro de saúde; as problemáticas com questões



financeiras; os conflitos entre as equipes; a insatisfação com os fatores estruturais; e o preconceito, fazem parte da realidade, na qual o residente está inserido.

Os itens (A11), (A13), (A14), (A15), (A17), (A24), (A26) e (A31) tiveram os resultados dentro da zona verde. Contudo, cabem algumas considerações e apontamentos. O item (A11) se refere à competência de comunicação de maneira solidária com vistas à troca de saberes entre os preceptores e os tutores. É importante citar que os tutores de aprendizagem dominam os conteúdos específicos a serem trabalhados para o desenvolvimento do perfil de competências dos residentes. Atuam como facilitadores do processo de ensino e aprendizagem, principalmente, no domínio cognitivo, mas de maneira articulada e complementar aos preceptores, uma vez que o desenvolvimento de competência requer a inclusão de atributos psicomotores e atitudinais (HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, 2019a).

Apresentar os desempenhos necessários ao cuidado fisioterapêutico, principalmente, nas disfunções respiratórias (A13), bem como nas musculoesqueléticas (A15), é essencial para que o preceptor exerça a função. Ter essas competências permite a demonstração de habilidades na assistência, ser um exemplo no atendimento ao paciente e, sobretudo, fornecer segurança ao residente quanto ao domínio de situações em um ambiente de constante risco.

Dentro dessa temática, Milanesi, Caregnato e Canabarro (2019) enfatizam como a convivência dos trabalhadores com os residentes pode contribuir para a construção de novos conhecimentos, por meio da problematização de seus processos de trabalho nesses serviços. A visão crítica e questionadora dos residentes passa a ser um fator estimulador à busca de conhecimento pela equipe de preceptoria.

No que se refere aos programas de residência, que têm o ambiente hospitalar como principal cenário de prática assistencial, a média elevada do item 14 era esperada, entendendo-se, como primordial, a exposição do residente às intercorrências e às emergências. Como em qualquer situação, existem as exceções que devem ser avaliadas pelo preceptor quanto à viabilidade da presença do residente, compreendendo que a importância do aprendizado não pode se sobrepor à vida de um paciente.

O item (A31), que aborda a competência do diálogo e da troca de saberes entre os preceptores de unidades diferentes, tem relação com o item referente à *expertise* do preceptor para a aprendizagem compartilhada (A3). Apesar da boa percepção sobre a importância dessas ações, parece ocorrer pouco na prática, uma vez que não

existem muitos espaços destinados a essa proposta e os grupos de preceptores se tornam fragmentados setorialmente na instituição. A troca de saberes entre preceptores também parece ser uma ação importante, objetivando a continuidade no processo educacional do residente que percorre diversos cenários de prática internos e externos.

A problematização como estratégia de ensino e aprendizagem (A26) tem sido amplamente disseminada no serviço, visto que os Programas de Residência Multiprofissional adotaram o modelo híbrido com foco na metodologia ativa. Uma formação baseada na metodologia tradicional e conservadora, torna-se um desafio constante para aquela equipe de preceptores que se capacitou por meio dela. Mitre *et al.* (2008) reforçam que os preceptores ainda estão acostumados com as estratégias de ensino focadas em uma metodologia conservadora, na qual o docente é o único detentor do conhecimento e o seu papel é o de transmitir o conteúdo, cabendo ao discente, apenas, a sua retenção e repetição em uma atitude passiva e reprodutora, sem a necessária crítica e reflexão.

De acordo com Perrenoud (2000), a problematização é entendida como uma estratégia de aprendizagem quando os estudantes são inseridos em uma situação, cujo obstáculo deve servir de estímulo para a busca da melhor resolução e para o alcance do objetivo final. É uma proposta desafiadora que permite resgatar os conhecimentos adquiridos e desenvolver novas competências.

Visto como uma fortaleza desta equipe, com média de 3,38, o item 24 aborda a capacidade do preceptor de adequar a sua atuação às necessidades específicas de cada residente. Corroborando essa ação do preceptor, Autonomo *et al.* (2015) defendem que identificar as lacunas e as fragilidades de aprendizado de cada residente e promover estratégias de aprendizagens individualizadas, são, igualmente, funções da preceptoria.

A (A17) se refere a uma questão frequentemente vivenciada na prática da preceptoria, em que o domínio das técnicas e dos procedimentos práticos são considerados suficientes para garantir a qualidade do preceptor. Autonomo *et al.* (2015) reforçam que apenas o conhecimento técnico não é suficiente, fazendo-se necessário atrelar os conhecimentos didáticos pedagógicos ao conhecimento prático.

Como **síntese**, com relação às competências para o exercício da preceptoria, os resultados do questionário, na dimensão habilidade, apontaram para:

- Domínio técnico da fisioterapia respiratória e musculoesquelética;
- Comunicação eficaz entre tutores, preceptores e residentes;
- Desenvolvimento de ações educacionais individualizadas e adequadas para cada residente;
- Prática da problematização como estratégia de ensino e aprendizagem;
- Desenvolvimento da preceptoria como instância de troca de saberes entre preceptor-residente e preceptor-preceptor;
- Manejo da preceptoria com o residente devido às intercorrências e às emergências.

Na análise das entrevistas, com relação à dimensão habilidade, foram identificadas 47UR, das quais emergiram 7 categorias, conforme a Tabela 4.

Para facilitar a visualização na discussão dos dados no decorrer do texto, as **categorias** estão grifadas em **negrito**, e as subcategorias estão sublinhadas.

Tabela 4. Competências da dimensão habilidade identificadas na análise qualitativa das entrevistas.

<b>Compartilhamento de saberes com o residente</b>
<u>Troca de saberes entre a equipe de preceptores</u>
<u>Prática da metodologia ativa de ensino aprendizagem</u>
<u>Supervisão de maneira individualizada</u>
<u>Adequação da prática da preceptoria às necessidades do residente</u>
<u>Conciliação das funções assistenciais e educacionais</u>
<u>Integração do residente junto à equipe multiprofissional</u>

O **compartilhamento de saberes com o residente**, categoria proveniente de 2UR, foi uma competência evidenciada nas falas dos entrevistados, a partir de excertos como:

“[...] muitas vezes, a gente vai ser questionado de coisas que, talvez, não saberemos responder, e a gente vai ter que ir atrás junto, eu acho importante esse amadurecimento” (P<sub>5</sub>).

“[...] fazer o link da teoria com a prática. Eu acho que quando o preceptor entende e tem a compreensão, o mais próximo do que é de fato isso, ele mostra a beleza do que é atender dentro do cenário” (P<sub>1</sub>).

A prática do ensino em serviço de saúde é uma oportunidade rica de aprendizagem e troca de saberes entre todos os atores sociais envolvidos. A relação preceptor-residente possibilita o compartilhamento de conhecimento e de vivências e não deve ser vista como um desenvolvimento exclusivo do residente.

Caetano, Diniz e Soares (2009) reforçam que os profissionais da saúde precisam compreender o verdadeiro papel do residente em uma instituição. Ele não deve ser considerado, apenas, como uma mão de obra ou simplesmente como agente replicador de normas, de rotinas burocráticas e de protocolos. Como função do preceptor, o compartilhamento de saberes envolve dividir conhecimento; contribuir na construção e na reconstrução de conceitos; permitir que o residente execute a sua prática; identificar as melhores oportunidades de atendimento; orientar; e esclarecer dúvidas.

**A troca de saberes entre a equipe de preceptores**, presente em 5UR, está relacionada com os itens A3 e A31 do questionário que abordam a importância de conhecer a *expertise* individual dos preceptores e de realizar a troca de saberes entre si, como um potencializador da aprendizagem compartilhada.

A equipe da preceptoria é composta por um grupo grande de preceptores em uma instituição de alta complexidade que exige o atendimento fisioterapêutico em diferentes especialidades. Por essa razão, contar com profissionais, com diferentes níveis de conhecimento assistencial, educacional e de pesquisa, possibilita a promoção do melhor apoio ao residente como indicado pelos participantes desta pesquisa, conforme se verifica abaixo:

“[...] já ouvi isso de outras preceptoras: "ah, legal, estou conseguindo trabalhar melhor com o residente porque eu não tinha olhado com esses olhos, é bom saber" (P<sub>4</sub>).

“Cada preceptor tem uma característica, poderia ajudar a complementar uns aos outros, por que eu acho que todos estão no mesmo barco” (P<sub>10</sub>).

Essa competência fortalece o trabalho em equipe multiprofissional, uma vez que gera o aperfeiçoamento do desempenho dos profissionais decorrente da troca de conhecimento e amplia a capacidade de intervenção. Esse compartilhamento de saberes, seja entre os preceptores fisioterapeutas seja entre as especialidades, permite ampliar a percepção sobre um determinado contexto, o que promove o crescimento profissional e a melhoria do cuidado (GOMES *et al.*, 2020).

A troca de saberes envolve, outrossim, o compartilhamento da trajetória do residente durante os cenários de prática e, visa reduzir a fragmentação do processo de ensino e aprendizagem, conforme o rodízio de setores. O desconhecimento do histórico do residente, no decorrer dos 24 meses, dificulta a continuidade e a coerência educacional.

**A prática da metodologia ativa de ensino e aprendizagem** emergiu de 15UR - maior quantidade de unidades de registro dessa dimensão.

É importante sinalizar que essa prática é o modelo educacional adotado pelos Programas de Residência Multiprofissional (PRM) da instituição, o que justifica as falas abaixo:

“[...] a maturidade que é necessária para colocar, de fato, quem está se formando no holofote do processo. Para que o outro se desenvolva, é preciso permitir que ele esteja no centro das atenções, no holofote” (P<sub>1</sub>).

“Tem gente que fala para mim: ah, mas vocês ficam o tempo todo colado no residente? Não fico porque não acho isso é benéfico para eles. É na hora que o residente está sozinho, que o paciente está desconfortável, que o aparelho não liga, que a máscara não acopla, é aí que ele precisa resolver” (P<sub>6</sub>).

“[...] precisa saber ensinar, o residente questiona a todo momento e você precisa saber lidar com isso. Mesmo com a metodologia ativa, não é só mandar eles estudarem e buscarem sozinhos, e achar que está tudo resolvido” (P<sub>5</sub>).

De acordo com Ceccim *et al.* (2018), os cursos de graduação na área da saúde sofreram transformações, oriundas das Diretrizes Curriculares Nacionais e as RMS intensificaram o processo de ruptura do modelo tradicional hegemônico para uma formação de profissionais com autonomia e protagonismo em seu aprendizado. O domínio da metodologia de ensino, adotada pelos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, é um desafio para as equipes de preceptores que, em sua maioria, tiveram um modelo formador centrado na figura do docente que não incentivava o pensamento crítico e reflexivo e possuíam práticas tecnicistas.

A **supervisão de maneira individualizada**, presente em 4UR, indica a capacidade do preceptor de realizar o apoio direcionado a cada residente durante a supervisão da prática clínica. No modelo de preceptoria, exercido pela fisioterapia na instituição campo desta pesquisa, cada preceptor acompanha um único residente.

“[...] faz um acompanhamento muito mais de perto como o nosso residente. Estar bem presente individualmente, cada preceptor direcionado a um residente” (P<sub>2</sub>).

“[...] Permite enxergar o que ele faz, como faz e como que é o raciocínio e buscar o que ele pensa. Então a gente consegue extrair isso dele constantemente” (P<sub>2</sub>).

A possibilidade de compartilhar a sua rotina assistencial com apenas um residente permite ao preceptor um acompanhamento aprofundado de seu raciocínio e da prática clínica. Esse fato propicia a identificação das necessidades de aprendizagem; e o direcionamento das buscas específicas, com maior flexibilidade de tempo para discussões dos casos que se constituem em estratégias valiosas para o crescimento do residente.

De acordo com Benito *et al.* (2012), a prática supervisionada estimula o desenvolvimento da autonomia; da responsabilidade; da liberdade; da criatividade; do

compromisso; do domínio da prática e de seu papel social; e do aprofundamento e da contextualização dos conhecimentos. A presença ativa do preceptor, nesse ambiente, possibilita a busca de informações qualificadas direcionando a instrução do aprendiz.

A competência em **adequar a prática da preceptoría às necessidades do residente**, extraída de 7UR, foi expressa em falas como:

“Aquele residente que você tem que falar muito firme e aquele residente que não muda. Então, eu acho que temos armas, talvez precise de mais estratégias” (P<sub>4</sub>).

“[...] é uma formação humana que exige saber lidar com as diferenças, lidar com os diferentes tipos de residentes” (P<sub>5</sub>).

Essa categoria se mostra interdependente da anterior, ao compreender que a possibilidade de acompanhar individualmente o residente facilita a identificação de necessidades de aprendizagem e o direcionamento das ações educacionais. É primordial que o preceptor tenha ciência que cada residente tem a sua história, as suas particularidades, facilidades e dificuldades no processo de ensino e aprendizagem.

A complexa tarefa de **conciliar funções assistenciais e educacionais** emergiu de 7UR, a qual também foi discutida no item (A22) do questionário. Mostra-se como uma competência necessária ao preceptor fisioterapeuta devido à realidade profissional, na qual existe o acúmulo de funções de atenção à saúde com outras administrativas, educacionais e de gestão. Abaixo, as manifestações expõem o sentimento dos entrevistados:

“[...] a gente acaba tendo meios de conseguir driblar essa questão da falta de tempo para o residente, mas eu acho que não deveria ser uma responsabilidade nossa” (P<sub>5</sub>).

“[...] a gente vai atender quatro pacientes juntos, deixe dois para o final. Enquanto eu vou atender esses dois, deixo ele lendo alguma diretriz, algum artigo, preparando um portfólio porque eu acho que eles precisam desse tempo” (P<sub>5</sub>).

É necessário que o preceptor seja capaz de executar as suas tarefas com competência em um curto espaço de tempo, em virtude da sobrecarga do trabalho, decorrente do acúmulo de funções quando assume o papel educacional adicionado ao assistencial (SKARE, 2012).

Nesse sentido, o residente acaba sofrendo as consequências do baixo suporte de um preceptor que pode caminhar para o *burnout*, sem disponibilidade de tempo e com as mínimas condições para se capacitar.

Originada de 7UR, a **integração do residente com a equipe multiprofissional** foi uma competência valorizada pelos entrevistados:

“[...] se eu estou com um residente, eu quero estimular que ele se integre na equipe” (P<sub>7</sub>).

“[...] saiba colocá-lo dentro da equipe como alguém que não atrapalha, que está para somar na equipe” (P<sub>2</sub>).

“Essa preocupação de estar bem com todas as equipes e de querer integrar, não se isolar. E querer não fazer o residente se sentir fora. Querer integrá-lo na equipe de fisio e na equipe multi” (P<sub>4</sub>).

A importância do preceptor de valorizar a prática e de integrar o residente com a equipe multiprofissional é justificada por Nogueira (2001). O autor reforça que a formação de residentes em programas multiprofissionais tem, como base, o processo de trabalho em equipe e a troca de saberes interdisciplinares, objetivando a integralidade do cuidado e a ação profissional colaborativa. O esforço do preceptor deve ser direcionado no sentido de não fragmentar as categorias profissionais ou de excluir o residente desse aprendizado em equipe. Entende-se por equipes multiprofissionais, a associação de trabalhadores com formações diferenciadas que trabalham juntos em um mesmo contexto.

### **5.2.3 Competências relacionadas com a dimensão atitude**

Nessa dimensão, o questionário traz 13 itens, conforme apresentado no Quadro 3 abaixo:

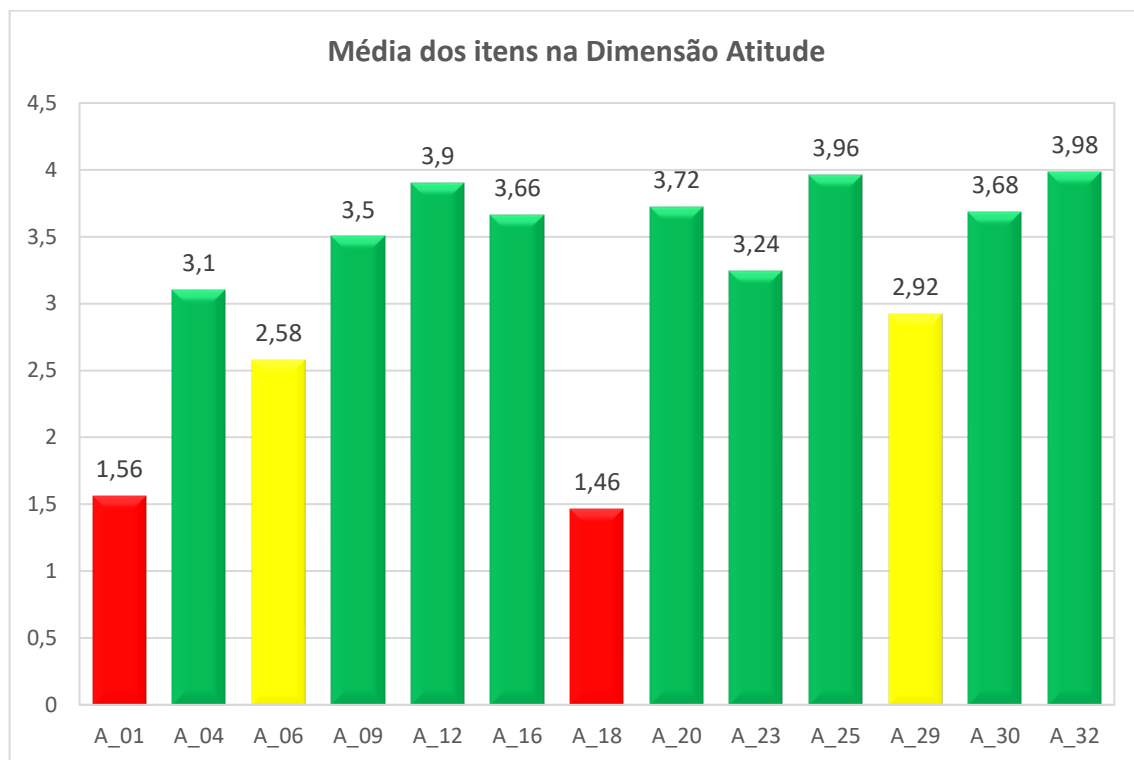


Quadro 3 Dimensão **Atitude**.

<b>COMPETÊNCIAS DO PRECEPTOR FISIOTERAPEUTA NA DIMENSÃO ATITUDE</b>
A1. A sobrecarga de trabalho impacta na minha disponibilidade para apoiar as necessidades do residente
A4. Na relação preceptor-residente durante a rotina do plantão, a tomada de decisões deve sempre partir do preceptor
A6. Acredito que na preceptoria, todos se reconhecem como preceptores
A9. A atividade educacional da preceptoria me interessa tanto quanto a assistência
A12. Apesar de essenciais, nem sempre é possível conduzir minhas atividades com respeito e ética
A16. A observação do preceptor na assistência facilita a compreensão da importância do cuidado humanizado pelo residente
A18. Garantir a motivação permanente do residente não é tarefa fácil para o preceptor
A20. A participação nos espaços de reflexão da prática contribui para minha atuação na preceptoria
A23. Garanto um espaço para escuta qualificada de sentimentos, angústias e conquistas do residente
A25. O preceptor deve estimular a integração do residente junto à equipe multiprofissional
A29. O preceptor precisa ser um líder para estimular o desenvolvimento desta competência em seus residentes
A30. Entendo que o residente deva ser o protagonista de seu aprendizado
A32. Estimular o pensamento crítico e reflexivo do residente faz parte das boas práticas da preceptoria

Na Figura 5, estão as médias dos 13 itens da dimensão Atitude, com duas competências na zona vermelha, duas na zona amarela e nove na zona verde.

Figura 5: Pontuação Média Geral na Dimensão Atitude, São Paulo, outubro 2019.



As competências atitudinais são muito presentes nas relações interpessoais do cotidiano de trabalho. Nesta instituição, especificamente, é exigido um perfil de colaborador que tenha características como a iniciativa, a tomada de decisão, a pró atividade, a liderança, o respeito, a ética, dentre outras. A percepção dos participantes sobre a valorização dessas competências era esperada e a zona verde reforçou essa visão.

Bettiol *et al.* (2019) reforçam o direcionamento, por parte de gestores de instituições hospitalares, na busca por profissionais assistenciais que contemplem, principalmente, as competências comportamentais. Dentre elas, o respeito ético à profissão, o relacionamento interpessoal e o trabalho em equipe.

Abordando, inicialmente, as competências que se encontram na zona vermelha e conseqüentemente entendidas, como atuais fragilidades, a partir dos dados obtidos pelo questionário, o item A1 versa sobre o impacto da sobrecarga de trabalho devido à disponibilidade de apoio ao residente. Com pontuação média de 1,56, sugere que

os preceptores acumulam responsabilidades administrativas e assistenciais que dificultam o processo educacional com os residentes.

Nesta instituição, o preceptor é um fisioterapeuta pleno ou sênior que necessita, dentro do seu horário de plantão, realizar atividades burocráticas, promover o cuidado aos pacientes e participar com os residentes de momentos que envolvem o atendimento supervisionado, a participação em intercorrências, a discussão de casos clínicos, os seminários e a passagem de plantão. Nesse cenário, é frequente o relato de sobrecarga em virtude do acúmulo de funções, tornando-se preocupante o surgimento de preceptores frustrados por não exercerem adequadamente a sua função devido à falta de tempo, assim como residentes incomodados pela carência de suporte educacional.

O resultado desse item era esperado, corroborando as referências de Miyazato (2015) que explora o desafio do preceptor de conciliar o cotidiano inicialmente exclusivo da assistência com as atribuições educacionais. Contudo, ainda nesse artigo, o autor faz uma importante ressalva sobre a relação inversa entre a formação educacional adequada e a sensação de sobrecarga. O autor entende que quanto menor for a experiência e a imersão no ensino, maior a dificuldade de dedicação integral a ambas as atividades, o que pode oferecer uma assistência ou educação errôneas ou ineficazes, culminando na percepção de sobrecarga de trabalho.

Outro item desta dimensão, o (A18), localizado na zona vermelha, está relacionado à dificuldade do preceptor de garantir a elevada motivação do residente. Entendendo que o fator motivacional é essencial para o crescimento profissional, é importante que a equipe de preceptoria saiba como promover a continuidade desse comportamento. Entende-se que garantir a motivação não seja uma tarefa fácil e que também não seja reconhecida como uma responsabilidade compartilhada entre o preceptor e o residente, mas é uma ação que precisa ser exercitada.

Essa dificuldade de estimular o residente pode dialogar com a falta de motivação do próprio preceptor. A satisfação intrínseca do verdadeiro educador, citada por Batista e Batista (2016), parece ser fundamental para que esse sentimento exista. Os autores enfatizam que ao formar, o preceptor também se forma quando do exercício da docência, a qual se torna evidente à medida que ao ensinar, ele reflete sobre as experiências, construindo saberes, estratégias e projetos coletivos.

O item (A6) traz uma temática que é a raiz de muitas discussões presentes na literatura: o reconhecimento do preceptor em sua função. Em zona amarela, como era

esperado, para que um profissional se reconheça como preceptor é preciso que exista primordialmente: a intencionalidade em sê-lo; a busca ativa em praticar essa função; o entendimento sobre a educação em serviço; o conhecimento de suas atribuições específicas; e as competências necessárias para ser um preceptor. Todavia, assim como na realidade da maioria dos serviços, o preceptor não escolhe, mas, sim, é escolhido para atuar nessa função, devido à necessidade do serviço.

O preceptor ainda é escolhido, para exercer essa função, por ser um profissional que domina um assunto específico, o que fortalece a crença de que quem sabe, automaticamente, é capaz de ensinar (MORETTI-PIRES *et al.*, 2009).

Parte desse não-reconhecimento como preceptor, pode ter, outrossim, relação com a falta de valorização do profissional que tanto exerce essa função como carece de formação específica, benefícios, melhoria financeira ou de qualidade de vida.

As competências como a tomada de decisões; o respeito e a ética; o cuidado humanizado; o envolvimento em ações de Educação Permanente; a escuta qualificada; a integração com a equipe; e o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, encontram-se na zona verde e devem, como tal, serem mantidas ou ainda potencializadas.

A tomada de decisão assim como a competência de comunicação, de liderança e de gestão estão presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde, compõem as competências e as habilidades, abordadas e estimuladas nos cursos de graduação, bem como podem ser aprimoradas na prática assistencial com a preceptoria (JUNQUEIRA; OLIVER, 2020).

Barreto *et al.* (2011) reforçam as competências citadas acima quando consideram, como principais competências atitudinais do preceptor: a autenticidade e a veracidade diante do seu papel; a escuta e o respeito ao que o estudante traz de conhecimento; a empatia e a imparcialidade para a compreensão do aprendiz; a liberdade de expressão na intenção de sanar dúvidas e inseguranças; o estreitamento das relações, com caráter educativo, entre a preceptoria e o residente; e a inserção adequada deste nas responsabilidades do serviço, buscando a colaboração participativa diante dos objetivos de aprendizagem.

O item A9, “A atividade educacional da preceptoria me interessa tanto quanto a assistência”, situada na cor verde se depara com a A29, “O preceptor precisa ser um líder para estimular o desenvolvimento desta competência em seus residentes” na zona amarela. Esse resultado mostra que existe o interesse dos preceptores nas

ações educacionais. Todavia, eles não possuem a formação específica para a atuação na preceptoria apesar de reconhecerem a sua importância. Esse cenário evidencia que somente esses fatores parecem não ser suficientes para que a equipe busque a formação em educação. É possível que sejam necessárias outras alternativas que aproximem e facilitem que os profissionais se aprimorem como preceptores.

O preceptor é considerado um exemplo e um modelo a ser seguido pelo residente. Para esse profissional, a competência liderança é fundamental para que seja desenvolvida por seus pares. O resultado de (A29), na zona amarela, sinaliza a importância de que o serviço invista em ações que favoreçam a liderança entre o grupo de preceptores e de que passem a valorizar essa competência como um *soft skills* desejado no mercado de trabalho.

O resultado do item (A30), com a média de pontuação na cor verde, indicou uma forte compreensão da equipe com relação ao papel de protagonismo do residente em seu aprendizado. Lima e Rozendo (2015) abordam o assunto e se referem ao preceptor como um mediador do processo de aprendizagem, que leva o residente a problematizar a realidade, a refletir sobre as soluções e a responder questões do cotidiano do serviço. Nesse sentido, a sua função é a de favorecer a construção de um conhecimento que englobe a formação humana e profissional, bem como estimular o pensamento crítico e reflexivo.

A competência, presente no item (A25), obteve a segunda maior média dentre todos os itens, o que permitiu considerá-la uma importante fortaleza desse grupo. O estímulo à integração do residente com a equipe multiprofissional é visto como uma função do preceptor, e se faz fundamental dentro dos programas de residência da instituição. O residente permanece poucas semanas ou meses em cada cenário de prática e precisa desenvolver a capacidade de lidar com os diferentes perfis profissionais e promover a excelência no cuidado com a equipe multiprofissional.

Botti e Rego (2008) se referem ao preceptor como um profissional que não pertence à academia, mas que tem papel fundamental no processo educacional dentro dos serviços de saúde, com um olhar para a inserção e a socialização do residente no ambiente de trabalho. Autonomo *et al.* (2015) reforçam essa fala, ao enfatizar a importância do preceptor de receber o residente e de promover a sua integração à equipe, estimulando a relação multi e interprofissional.

Como **síntese**, os resultados do questionário para a dimensão Atitude, com relação às competências importantes para o exercício da preceptoria, mostraram:

- Valorização da tomada de decisões compartilhada entre preceptor e residente;
- Envolvimento nas atividades educacionais da preceptoria;
- Reconhecimento dos espaços de reflexão na prática da preceptoria;
- Atuação como modelo de cuidado humanizado;
- Ações pautadas em respeito e ética;
- Escuta qualificada de sentimentos, angústias e conquistas do residente;
- Valorização da integração do residente à equipe multiprofissional;
- Promoção do protagonismo do residente.

Na análise qualitativa das entrevistas, emergiram cinco competências nessa dimensão, extraídas de 33UR das falas dos preceptores, conforme a Tabela 5.

Tabela 5. Competências da dimensão atitude identificadas na análise qualitativa das entrevistas.

Acolhimento ao residente
Motivação pessoal e do residente
Respeito e ética profissional
Comunicação entre preceptores, residentes e tutores
Lidar com situações de conflito vivenciadas pelo residente na prática

O **Acolhimento ao residente**, competência da dimensão Atitude com maior representatividade nas entrevistas, emergiu de 11UR, como:

“[...] acolher, é sentar, perguntar até um pouco da vida pessoal, saber das necessidades, qual é a experiência dele, o que ele enxerga. A gente tinha que fazer bastante isso no começo” (P<sub>4</sub>).

“Essa fala sempre com respeito de não considerar o residente como uma pessoa menor. E de integrar e tratar o residente quase como um igual, sabe? É um colega que tem menos tempo, que está lá para aprender, mas é um colega” (P<sub>7</sub>).

O residente é o sujeito mais vulnerável dentre os que compõe os PRM quanto às pressões internas e externas que desencadeiam o estresse. São submetidos à elevada carga horária, à baixa remuneração por hora trabalhada, ao frequente não reconhecimento do trabalho desenvolvido e a cobranças constantes pelo desempenho.

O preceptor, muitas vezes, é o profissional mais próximo e de maior convívio com o residente e deve promover o acolhimento como alternativa para minimizar a fragilidade psicológica e física, o que reduz o impacto no exercício do cuidado (SILVA; MOREIRA, 2019).

As entrevistas apontaram em 9UR a necessidade de manter a **motivação pessoal e do residente**, competência essencial para um educador. Contudo, um desafio diante da árdua rotina enfrentada pelo preceptor, como expressado pelos participantes desta pesquisa:

“[...] do teu par, estar motivado, conectado com um propósito em si, quando você traz uma tarefa, aparentemente nova, educacional, ele abraça aquilo com as mesmas competências que eu acho que são necessárias” (P<sub>1</sub>).

“[...] também tem que ver o lado do aluno, por exemplo, o que motiva ele de curiosidade nos pacientes que ele está atendendo” (P<sub>3</sub>).

“Você precisa se desdobrar em mil, mostrar os pontos positivos, que isso é amadurecimento, que a vida é assim e ele tem que correr atrás, que tem que dar conta, que vai dar tudo certo” (P<sub>5</sub>).

A falta de valorização do preceptor, normalmente mais reconhecida pelos residentes do que pelo serviço, é uma das causas de desmotivação desse profissional. O escasso preparo e a falta capacitação para a função intensificam ainda mais esse sentimento, visto que o preceptor se vê limitado,

sem domínio do seu papel. É importante salientar que sem uma preceptoria capacitada os residentes podem se sentir desamparados em sua prática, o que também resulta em sentimentos de desilusão e desmotivação (OLIVEIRA *et al.*, 2017; SILVA; MOREIRA, 2019).

O **respeito e ética profissional**, presente em 6UR, é uma competência atitudinal que envolve o profissionalismo da prática da fisioterapia e demonstra o compromisso com a responsabilidade profissional e a adesão aos seus princípios éticos e morais, com uma prática participativa no sistema de saúde (BOTTI, 2012).

“Eu acho que me parece algo que não dá para ser descolado de outras competências. Eu enxergo o grupo respeitoso, ético no agir, na ação profissional com respeito e ética” (P<sub>1</sub>).

“[...] E de trabalharmos com respeito e ética, acho que é uma característica do próprio profissional fisioterapeuta no Sírio. Não conheço todos mas falo pelos preceptores que conheço” (P<sub>6</sub>).

Ferreira (2009) afirma que a ação do cuidado é eminentemente ética, pois, de outra maneira, ela não pode ocorrer. Por essa razão, o preceptor precisa desenvolver estratégias, durante o processo formativo do residente, que integrem valores e atitudes pautados na cidadania, no respeito e na ética.

A capacidade de **comunicação entre preceptores, residentes e tutores**, emergiu de 8UR, trazida pelos preceptores em:

“[...] se a gente conversar com o preceptor do cenário anterior ou com o preceptor do próximo cenário, já ajuda muito a acolher, saber como trabalhar exatamente com cada residente que vem no nosso cenário” (P<sub>10</sub>).

“[...] eu posso ter uma impressão diferente dos outros preceptores. Então, se a gente souber um pouco do residente, do engajamento, acho que também ajuda. A trajetória ao longo dos cenários anteriores” (P<sub>8</sub>).



A comunicação, competência identificada em 8UR, é o modo como as pessoas se relacionam entre si e deve ser inferida como um processo que compreende e compartilha as mensagens enviadas e recebidas, auxiliando, assim, a interação entre as pessoas (SANTOS *et al.*, 2010).

O comunicador competente deve ser organizado no tempo e no espaço, evitando falar o que quer no momento que desejar, bem como ser capaz de perceber quando a sua fala não desperta mais o interesse. É importante fortalecer o processo interpessoal, preocupando-se com a compreensão do outro, ter um objetivo definido, clareza e objetividade nas ideias, consciência do não verbal e validar a compreensão da mensagem. As barreiras de comunicação também devem, dentro do possível, ser eliminadas como as emoções, a motivação, as expectativas e o ambiente (BRAGA, 2004).

O manejo adequado da comunicação efetiva, entre os atores sociais inseridos no contexto dos PRM, é essencial. Envolve o contato dos olhos, a escuta qualificada, a confirmação da compreensão da mensagem, a liderança clara, o envolvimento de todos os membros da equipe, as discussões saudáveis de informações pertinentes e a atenção situacional (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Em 4UR, as entrevistas trouxeram, como diferencial para a função de preceptor, o **lidar com situações de conflito vivenciadas pelo residente na prática**:

“Antes eu achava que a gente tinha que poupar o residente de "n" situações, mas hoje acho que não. Ele só perde quando a gente poupa porque ele tem que viver o que é a realidade. Se quer trabalhar no Sírrio, a realidade vai ser pior” (P<sub>9</sub>).

“A gente, às vezes, poupa quando o paciente não quer ser atendido por um residente. Mas eu acho que tudo isso serve para ele pensar sobre a vida dele. Sair da bolha que, às vezes, ele vive e enfrentar o mundo. Então, eu acho que o preceptor, precisa trazer para realidade, trazer a reflexão” (P<sub>4</sub>).

Qualquer ambiente de trabalho, que exija a relação interpessoal, torna-se suscetível a conflitos de interesses, a opiniões e a personalidades. A competência em questão tem particularidades inerentes ao ambiente de trabalho dos preceptores por

não se tratar de um hospital-escola, sem qualquer vínculo com instituições formadoras e que tem, como clientes, uma população pouco habituada a ser submetida aos cuidados de residentes. Nesse sentido, surgem os seguintes conflitos: entre o preceptor e o residente; entre o residente e os pacientes e familiares; entre os membros da equipe multiprofissional e no corpo clínico. Cabe ao preceptor saber conduzir todas essas questões de modo a reduzir as tensões e fazer desses incidentes, motivo de aprendizado.

De acordo com Nascimento e Simões (2011), a mediação de conflitos exige a identificação e o conhecimento da natureza do conflito (interpessoal, organizacional, estrutural); a fase em que o conflito se encontra (latente, consciência da divergência, explícito ou desfecho); e a construção de ações que privilegiem processos internos voltados à troca ou a discussões de ideias e de soluções para as tarefas.

### **5.3 Fortalezas, fragilidades e sugestões para a preceptoria a partir das entrevistas: um olhar qualitativo**

Nesse subcapítulo, apresentam-se as potencialidades e as fragilidades da preceptoria que emergiram nas falas dos participantes nas entrevistas de aprofundamento.

Como mencionado na metodologia desta pesquisa, as entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo, na modalidade temática, que partiu de dois núcleos direcionadores: as fortalezas e as fragilidades da preceptoria da fisioterapia (FRANCO, 2008; BARDIN, 2011).

O primeiro núcleo, apresentado no Quadro 4, trata das **Fortalezas da Preceptoria**. Nesse núcleo, foram delimitadas 34 unidades de contexto e 62 unidades de registro, em que foram identificadas quatro **categorias** e três subcategorias.

Quadro 4. Núcleo direcionador: fortalezas da preceptoría.

NÚCLEO DIRECIONADOR: FORTALEZAS DA PRECEPTORIA	
CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
Alta qualidade do grupo de preceptores	Boa formação profissional Potencialidades na relação do preceptor com os residentes Identificação com a função da preceptoría
Reconhecimento, pelos preceptores, da importância de ações de capacitação para a preceptoría	
Exercício da preceptoría em equipe multiprofissional	
Excelência na infraestrutura para o desenvolvimento dos programas de RMS	

Ratifica-se que, para facilitar a visualização na discussão dos dados, as **categorias** estão escritas em **negrito** e as subcategorias, sublinhadas.

A **alta qualidade do grupo de preceptores** foi a categoria que emergiu com maior frequência de unidades de registro, ou seja, 45UR. Este é um achado que corrobora os resultados anteriormente obtidos na análise do questionário, no qual surgiram elevadas pontuações para as competências que se referiam ao interesse pela atividade educacional em serviço, ao conhecimento do ambiente de trabalho, ao exercício do cuidado humanizado e à ação profissional pautada no respeito e na ética:

“[...] os preceptores da fisioterapia são muito mais bem preparados que das outras especialidades. Está muito na frente das outras especialidades, não só como grupo, mas realmente, no desenvolvimento” (P<sub>4</sub>).

“[...] Eu acho que as fragilidades da preceptoría dos outros núcleos são muito mais anteriores do que as nossas” (P<sub>4</sub>).

“[...] é um grupo muito engajado. É muito comprometido com o "fazer dar certo" (P<sub>1</sub>).

A boa formação profissional, como fisioterapeuta, foi considerada uma importante competência, tanto nos dados qualitativos como quantitativos.

“[...] nós somos bons tecnicamente, atendemos todo tipo de disfunção que o paciente possa apresentar durante a internação. E quando é muito específico, nós até temos os grupos de especialistas” (P<sub>3</sub>).

“Os fisioterapeutas são muitos bons na prática e tem muito conhecimento das técnicas, procedimentos. Fazemos um atendimento muito bom, completo, a gente faz uma reabilitação de verdade. Isso é um diferencial que ajuda na preceptoria, para mostrar para o residente como se faz” (P<sub>5</sub>).

Ser um fisioterapeuta experiente, atualizado, com domínio técnico e com bagagem teórica parece ser um diferencial para a função de preceptor. De acordo com Miolo e Fedosse (2020), o preceptor precisa se manter atualizado sem se distanciar da prática, uma vez que a vivência do trabalho é tão importante quanto o conhecimento teórico.

A relação entre o preceptor e o residente é multifatorial e pode ser analisada considerando competências como a relação interpessoal, a comunicação, a troca de saberes, dentre outras. Foram levantados pelos sujeitos entrevistados, as potencialidades na relação do preceptor com os residentes, como a capacidade de acolhimento. A integração do residente com a equipe multiprofissional gerou opiniões divergentes, possivelmente por serem preceptores de setores variados que lidam com essa competência de maneira diferente.

Cabe ressaltar que, nas respostas ao questionário, houve ampla concordância dos preceptores sobre a capacidade de integrar o residente ao serviço.

“Eu acho que o acolhimento é uma fortaleza. É uma equipe que consegue acolher tanto os residentes como os profissionais de forma adequada” (P<sub>8</sub>).

“[...] Eu vejo os preceptores tratando os residentes como colegas. É nesse sentido de muito respeito profissional e pessoal. Querer integrá-lo na equipe de fisioterapia e na equipe multiprofissional” (P<sub>7</sub>).

Silva e Moreira (2019) citam que a relação entre o preceptor e o residente deve ser horizontal, seguindo o conceito da construção de conhecimento com os passos da espiral construtivista e tornando concreto o trabalho coletivo na equipe multiprofissional.

A identificação com a função da preceptoria, fator primordial para a prática educativa, é uma potencialidade, apesar do grupo ser composto por preceptores que, em sua maioria, não escolheram exercer essa função, mas que assumiram pela necessidade da demanda.

“É um grupo que tem credibilidade, que trabalha com aquilo que gosta. Um selo de qualidade interno” (P<sub>1</sub>).

“Eu acho que muitas pessoas gostam desse papel de ensino, de estar à frente, de poder compartilhar aquilo que já viveram. Enxergar o papel dele como fundamental, como a gente pode ajudar, e como ele pode fazer bem para ele mesmo pessoalmente” (P<sub>4</sub>).

É indispensável que exista a identificação do preceptor com a função de ensinar para que seja um ponto de partida relevante a tais práticas. É um dos fatores mais importantes para que o ensino em serviço se concretize. (SILVA; MOREIRA, 2019).

Identificada em 8UR, **o reconhecimento, pelos preceptores, da importância de ações de capacitação para a preceptoria** pode parecer contraditório com as evidências do núcleo de fragilidades que se referem à descontinuidade e à baixa adesão aos espaços de reflexão da prática da preceptoria. Contudo, cabe compreender que, possivelmente, a valorização do espaço de aprendizado da prática educativa não seja suficiente para que haja a participação concreta. Outros fatores como a flexibilização de horários, o retorno financeiro, os benefícios e melhorias na escala de trabalho do preceptor podem favorecer a sua adesão aos programas de Educação Permanente.

“[...] a Educação Permanente, o momento que a gente se juntou como preceptores e compartilhou as angústias, vivências, o que fazer em determinada situação, ajudou demais porque vimos que não estamos sozinhos. Eu acho que era um sucesso” (P<sub>5</sub>).

“Quando a gente tinha aquelas reuniões, foram trazidas várias formas de abordagem com o residente. Aprendi vários conceitos diferentes que me ajudou para conversar e lidar com o residente. Aquelas oficinas foram essenciais” (P<sub>4</sub>).

A Educação Permanente em Saúde é uma estratégia de aprendizagem no trabalho e é muito importante para o desenvolvimento de profissionais em seus cotidianos, visto que possibilita o estabelecimento de relações entre a docência e a atenção à saúde para a transformação das práticas profissionais. A problematização constante da realidade de trabalho e a busca por soluções, a partir do conhecimento dos próprios profissionais, é a base para a ação de capacitação e de desenvolvimento da Educação Permanente (CECCIM *et al.*, 2018).

Uma fortaleza, mencionada em 5UR, foi o **Exercício da preceptoria em equipe multiprofissional**. A preceptoria da fisioterapia está inserida em todos os Programas de Residência Multiprofissional, nos quais existe a possibilidade de troca de conhecimento e de interação com outras especialidades como potencializadoras do aprendizado e, conseqüentemente, do cuidado.

“Eu também acho que a gente tem como fortaleza, atrair as outras equipes. Eu vejo outros residentes da nutrição, da farmácia, da enfermagem, buscando a preceptoria da fisioterapia para tirar dúvidas” (P<sub>2</sub>).

“[...] há abertura para uma aprendizagem multiprofissional e a oportunidade de trocar conhecimento com um colega de outra profissão. É uma coisa valorizada, inclusive pela diretoria. Todo movimento hospitalar sempre tem a equipe multi em toda decisão” (P<sub>3</sub>).

A preceptoria deve ter sempre em mente as características do programa de residência no qual está inserida. No caso da fisioterapia, como todos os programas

que atuam são multiprofissionais, o preceptor deve buscar as possibilidades de aprendizado em equipe e favorecer a interação do residente com as demais especialidades. É uma potencialidade dos PRM, a formação na área da saúde, sem a fragmentação entre as categorias profissionais, priorizando a atenção à saúde, sem privilegiar uma categoria em detrimento das demais (GOMES *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a preceptoria tem o papel de facilitadora na promoção do diálogo e da construção coletiva do conhecimento. A ótica do preceptor deve transcender a relação exclusiva preceptor-residente. Ele deve inserir a equipe multiprofissional nesse processo pedagógico e gerar o compartilhamento de saberes. Essa troca, entre todos os atores sociais envolvidos, visa atingir a colaboração interprofissional, com o acolhimento das práticas interprofissionais e o incentivo à Educação Interprofissional (CASANOVA, 2016).

Considerando ser uma das principais instituições privadas do país, de grande porte e alta complexidade, a potencialidade **Excelência na infraestrutura para o desenvolvimento dos programas de RMS** foi apontada em 4UR.

Os relatos reforçam a boa distribuição numérica entre os residentes e os preceptores, a variedade de cenários de prática, os recursos tecnológicos e o apoio do Instituto de Ensino e Pesquisa aos programas de residência.

“Ter uma UTI onde você trabalha com 10 pacientes e 2 fisioterapeutas, mesmo considerando a complexidade, eu acho que o fato de lidar com o público e com o cuidado na prática aqui dentro, a gente tem condições ótimas pra desempenhar um trabalho tanto assistencial quanto educacional” (P<sub>1</sub>).

“A gente faz um acompanhamento muito mais de perto, bem presente individualmente com o residente. Cada preceptor direcionado a um aluno. Então eu acho que faz diferença” (P<sub>6</sub>).

Ferreira, Dantas e Valente (2018) ressaltam a importância de uma infraestrutura de qualidade no intuito de criar condições para que os residentes exercitem as suas práticas, o que oportuniza a formação na área da saúde para integrarem as equipes que compõem o SUS. Esse fato envolve dispor de equipamentos e de insumos necessários para a prática profissional, de recursos humanos, de um programa de

Educação Permanente que envolva os funcionários, a fim de oferecer uma formação de profissionais de saúde com qualidade.

O Quadro 5 mostra a análise qualitativa das entrevistas, relativa ao segundo núcleo direcionador: **Fragilidades da preceptoria da fisioterapia** que identificou 69 unidades de contexto, 171 unidades de registro, das quais emergiram seis **categorias** e 10 subcategorias de análise.

Quadro 5. Núcleo direcionador: fragilidades da preceptoria.

NÚCLEO DIRECIONADOR: FRAGILIDADES DA PRECEPTORIA	
CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
Falta/ carência de capacitação para o exercício da preceptoria	Descontinuidade da capacitação no serviço
	Baixa adesão ao programa de capacitação (Educação permanente dos preceptores)
	Dificuldades inerentes à instituição
Sobrecarga de trabalho	Dificuldade na conciliação da função assistencial e preceptoria
Falta de compreensão do preceptor sobre seu papel	Insegurança do preceptor no reconhecimento de sua competência
	Pouca clareza dos preceptores sobre competências para pesquisa e ensino
Fragilidades específicas da equipe de preceptoria	
Dificuldades práticas para o exercício da preceptoria	Pouca apropriação de metodologias de ensino para a prática da preceptoria
	Dificuldade na relação do preceptor com o(s) residente(s)
	Dificuldade do preceptor em formar o residente para o Sistema Único de Saúde
Fragilidades no reconhecimento institucional da preceptoria	Dificuldade no alinhamento institucional para o exercício da preceptoria

Para facilitar a visualização na discussão dos dados, as **categorias** estão escritas em **negrito** e as subcategorias, sublinhadas.

A **falta/carência de capacitação para o exercício da preceptoria** foi a categoria mais frequente e foi detectada em 54UR.



“Qualquer espaço de atualização para a prática do ensino, para quem faz isso, é pobre na instituição” (P<sub>1</sub>).

“São criados os programas de residência para depois pensarem na capacitação desses preceptores” (P<sub>10</sub>).

“Eu acho que a falta de formação do preceptor é um déficit grande. Na minha formação como preceptora, partiu muito mais de mim, de uma busca própria de querer o conhecimento, de ver a necessidade do residente e buscar um caminho. Então, eu senti muita falta dessa formação” (P<sub>4</sub>).

Mata, Faria e Moraes (2020) reforçam que ao assumir essa função, o preceptor precisa ampliar os seus conhecimentos e se manter atualizado, a fim de respaldar as suas condutas com o residente. Todavia, para exercer a preceptoria, é necessário o desenvolvimento contínuo tanto da competência técnica como da pedagógica, frequentemente não priorizada.

Na instituição, no decorrer dos últimos anos, houve esforços individuais para promover um suporte educacional à equipe de preceptoria, aos quais não foi dada uma continuidade. O fisioterapeuta do desenvolvimento, em parceria com os tutores da fisioterapia, criou oficinas e encontros periódicos de preceptores para a reflexão da prática. Um espaço rico para a troca de saberes, de aprendizado e de compartilhamentos de angústias e conquistas. A descontinuidade da capacitação no serviço, especificamente da equipe de fisioterapia, foi mencionada em relatos como:

“[...] vários preceptores falam: “poxa, a gente não tem mais as reflexões da prática, os encontros.” Isso, acho que foi uma perda grande. Os preceptores cobram e acho que não ter isso, desestimula [...] a gente tinha esse espaço reflexão prática, era pouco, mas a gente tinha, agora não tem mais” (P<sub>7</sub>).

“[...] o fato de os preceptores não terem esse espaço protegido, também dificulta. A gente não tem com quem se abrir, com quem buscar, no sentido de pedir ajuda” (P<sub>10</sub>).

Outros ambientes institucionais, desenvolvidos recentemente, como o GEMPA - Grupo de Estudos para as Melhores Práticas Assistenciais - de Aprendizagem em Saúde tentaram fornecer esse apoio, embora não se constituísse em uma ação direcionada exclusivamente aos preceptores. Ambas as propostas envolvem além do interesse e da motivação do preceptor, a disponibilidade de tempo, tendo em vista que são atividades “extras”, não incluídas na carga horária de trabalho do profissional.

Gomes *et al.* (2020) discorrem sobre a importância da capacitação em serviço e afirmam que não existe excelência na formação do residente sem a presença de um preceptor qualificado que saiba articular a teoria e a prática, estimular o aprendiz a refletir sobre a realidade, no intuito de buscar a ressignificação de saberes e a transformação social.

É importante ressaltar que, apesar de alguns preceptores entrevistados manifestarem o sentimento da falta desse espaço de educação para a preceptoria, outros relatos reforçam a baixa adesão a essa prática educativa enquanto ela existia.

“[...] quantas vezes eu quero vir fora do meu horário de plantão para os cursos educação para preceptores, mas eu não consigo. A gente tem a nossa vida pessoal” (P<sub>5</sub>).

“[...] Se o preceptor tiver qualquer outra coisa que vá competir direto com esse compromisso, ele não vem participar” (P<sub>1</sub>).

“Por ser fora do horário de trabalho, acho que isso dificulta também bastante para as pessoas, porque muitas vezes, atende paciente particular ou trabalha em outro hospital” (P<sub>6</sub>).

De acordo com Mata, Faria e Moraes (2020), esse fato pode ser parcialmente minimizado com capacitações que permeiem o ambiente de trabalho, com uma menor rotatividade de profissionais e com a melhoria do financiamento dos programas de residência.

A falta de oportunidades, para o desenvolvimento do preceptor em ambiente de trabalho, parece decorrer da interrupção de ações educacionais isoladas, da baixa prioridade que o ensino ocupa no dia a dia desses profissionais, além de limitações educacionais, atribuídas a fatores inerentes à instituição, como:

“Eu vejo que todas as ações, parece, que não dão prioridade para a residência. Eu acho que ainda ficam nas questões mais de ações pontuais que não venham com força coletiva [...] acho que tem boas ideias e boas ações, mas isoladas. Talvez não tenham força suficiente para uma transformação” (P<sub>1</sub>).

“Um hospital desse porte, com a estrutura que tem reconhecido pela excelência na assistência, é evidente que não tem interesse algum no ensino. É obvio que se fosse interesse desse serviço, o ensino seria fantástico” (P<sub>9</sub>).

De acordo com Ceccim *et al.* (2018), o movimento de integração, entre as instituições formadoras e a rede de serviços de saúde, é uma etapa crucial para o desenvolvimento de conhecimentos, de habilidades e de atitudes compatíveis com o trabalho interprofissional, com a integralidade da atenção e com a defesa do SUS. Para tanto, a compreensão do valor e o suporte fornecido pelo serviço de saúde aos preceptores são pilares para o bom funcionamento dos PRM.

A categoria **sobrecarga de trabalho**, extraída de 34UR, esteve fortemente presente nas entrevistas e corroboram o estudo de Gonçalves *et al.* (2014) que discorrem sobre a dificuldade de formar parcerias entre os profissionais da saúde interessados no ensino, que priorizem a preceptoría em suas rotinas e disponham de tempo e empenho para exercer com qualidade uma atividade que não é remunerada.

A realidade e os desafios, enfrentados pelos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde descritos nas entrevistas, seguem alinhados com o resultado obtido pelo questionário quando os participantes concordaram com a dificuldade dos preceptores na disponibilidade para apoiar as necessidades do residente em decorrência da sobrecarga de trabalho. Essa questão foi reforçada em trechos das entrevistas como:

“Não dá para deixar todo mundo sobrecarregado. A gente trata de pessoas, mexemos com vidas” (P<sub>5</sub>).

“A vontade é de acolher, saber das necessidades, qual a experiência dele, as expectativas. A gente tinha que fazer isso no começo, mas, às vezes, não dá tempo” (P<sub>4</sub>).

“[...] porque o preceptor também treina novos colaboradores, faz rotinas burocráticas, está direcionado para a assistência, precisa dar conta da demanda de atendimentos em uma instituição que é privada e quer garantir retorno financeiro, que está pensando em produtividade e não no desenvolvimento do residente” (P<sub>9</sub>).

O principal motivo, identificado nas entrevistas para a sobrecarga de trabalho, relaciona-se com a dificuldade na conciliação da função assistencial e a preceptoria.

O fisioterapeuta preceptor, por ser também um dos colaboradores mais experientes no setor de trabalho, acumula as responsabilidades assistenciais, os processos administrativos, a gestão da unidade no plantão, o treinamento de novos colaboradores, o suporte aos fisioterapeutas mais novos e a atividade educacional com os residentes. É uma jornada árdua, uma vez que ao assumir a preceptoria, não há a eliminação de outras atribuições ou a redução das responsabilidades prévias.

A sobreposição de atividades de ensino e assistência a que os preceptores são submetidos, associado à falta de liberação de carga horária para uma atualização técnica e capacitação, dificulta a valorização e desestimula esse profissional que persiste nesse percurso, apenas, para a satisfação e a realização pessoal (OLIVEIRA *et al.*, 2017; MATA; FARIA; MORAES, 2020).

“A sobrecarga de trabalho existe por ter que conciliar duas funções numa pessoa só: assistencial com educacional” (P<sub>1</sub>).

“Não dá para você ser responsável por tudo, pelo plantão, por atender seis pacientes, pela sua equipe e pelo residente” (P<sub>5</sub>).

Totalizando 24UR, a **falta de compreensão do preceptor sobre seu papel** é uma categoria do núcleo de fragilidades que dialoga com o resultado do questionário, em que os preceptores afirmam que, apesar de fundamental, frequentemente não se reconhecem em seus papéis.

São citadas as dificuldades enfrentadas na realidade desses profissionais, como a ausência de um perfil de competências e a falta de clareza sobre as suas funções e suas atribuições, culminando na incerteza do preceptor sobre o seu próprio exercício educacional.

Como se percebe nas falas abaixo, as entrevistas indicaram a falta de compreensão dos preceptores quanto à sua atuação:

“A falta de ter uma compreensão, em termos de capacitação do que é papel de educador. O que é ensino serviço, saber o que é o docente assistencial” (P<sub>1</sub>).

“[...] é dada essa função para os preceptores e chega na hora a gente não sabe o que fazer, o que realmente se espera do preceptor com o residente. Acho que muitos preceptores nem sabem o que estão fazendo” (P<sub>9</sub>).

A falta de compreensão do preceptor sobre o seu papel é um fator crítico para que essa equipe execute um trabalho bem-sucedido e apoie o residente em seu percurso na residência. Como consequência, passa a ensinar pelo que julga ser correto, replicando exemplos e por meio de tentativa de acerto e de erro. Naturalmente, surge a insegurança do preceptor no reconhecimento de sua competência.

“Eu acho que esse atitudinal, às vezes, é insegurança do preceptor. Se o residente precisar de mim, ele vai me chamar. Eu não preciso estar ali dentro do quarto” (P<sub>5</sub>).

“[...] eu acho que a questão mais frágil é a atitude porque as pessoas acham que elas sabem menos do que elas sabem” (P<sub>7</sub>).

Caetano, Diniz e Soares (2009) afirmam que a prática profissional envolve um conjunto de ações que fazem o saber se concretizar no fazer. O preceptor precisa formar um residente que não separe o pensar do fazer ao elaborar uma decisão, posteriormente convertida em ação. Nesse sentido, é essencial que o residente tenha o conhecimento dos problemas que deve encontrar para que busque com o preceptor, as melhores soluções.

A falta de entendimento sobre o conceito, ao qual se refere o ensino e a pesquisa na instituição, assim como a sua interseção com a assistência, são abordadas na subcategoria pouca clareza dos preceptores sobre competências para pesquisa e ensino. Esta subcategoria está em concordância com a opinião dos

preceptores, manifestada no questionário, em que a produção científica não é considerada uma atividade potencializadora para o exercício da preceptoria.

A aproximação com a pesquisa parece ter um papel importante para a prática baseada em evidência e fornece os subsídios teóricos para dar suporte ao residente. No entanto, é preciso maior clareza quanto à relação entre o ensino e a pesquisa, assim como um melhor discernimento das competências exigidas ao pesquisador e ao educador, como reforçado no discurso abaixo:

“Eu acho que não existe uma clareza por grande parte do grupo de preceptores, sobre só faz ensino bem quem tem pesquisa? Acho que isso talvez seja mais verdade do que eu gostaria aqui dentro, e eu acho que não” (P<sub>1</sub>).

A categoria **Fragilidades específicas da equipe de preceptoria** emergiu de 13UR e está relacionada, principalmente, ao desinteresse de parte dos preceptores na função, à carência de reciclagem e ao sentimento de insatisfação de alguns que não se sentem valorizados e reconhecidos.

Apesar de concordarem, no instrumento, que a troca de saberes entre os preceptores é considerada fundamental para a aprendizagem do residente, os preceptores entrevistados têm uma percepção de equipe fragmentada que trabalha setorialmente com baixa interação.

“Eu não conheço todos os preceptores. Conheço alguns, mas não todos, isso eu acho que é uma falha, tinha que ser um grupo mais unido” (P<sub>6</sub>).

“[...] excelentes profissionais, com conteúdo de teoria excelente, uma prática maravilhosa, mas que não têm a competência para o ensino em serviço. Eu acho que existem maravilhosos profissionais, mas que, para o ensino, às vezes não sejam tão indicados” (P<sub>5</sub>).

Nas respostas do questionário, os preceptores concordam que uma comunicação clara e objetiva entre tutores, preceptores e residentes precisa ocorrer de maneira solidária e favorecer a troca de saberes durante a residência. Todavia,

durante as entrevistas com esses profissionais, foi possível perceber a fragilidade dessa competência.

Gonçalves *et al.* (2014) citam que a falta de comunicação entre os atores sociais, envolvidos nos programas de residência, é um entrave para o sucesso da parceria ensino-serviço. As vaidades individuais, que limitam ver e ouvir os pares em ambiente de trabalho; a dificuldade de relacionamento entre as equipes; e a falta ou incompatibilidade de tempo, são fatores recorrentes que justificam essa fragilidade.

“[...] o principal mesmo seria a má comunicação. Tanto a comunicação do residente com o preceptor, do tutor com o preceptor, e a comunicação com os preceptores do cenário e entre os cenários” (P<sub>10</sub>).

As **dificuldades práticas para o exercício da preceptoria**, apontadas em 32UR, referem-se às questões enfrentadas no cotidiano da preceptoria, seja na relação com o residente, no seu papel como docente assistencial seja no modelo de ensino vigente.

São manifestações extraídas das entrevistas que dizem respeito à falta de capacidade para o exercício da preceptoria, à presença de preceptores sem perfil de educadores e à dificuldade para promover a integração com a equipe multiprofissional.

“Não vejo muito isso como uma prática tão natural: estimular, ser crítico. Eu acho que a maturidade é necessária para colocar, de fato, quem está se formando no holofote do processo” (P<sub>1</sub>).

“Que deve estimular a integração do residente com a equipe multi: sim. Mas quantas vezes vejo o residente se sentindo fora da equipe? Me parece controverso, ou ele não se integra porque não está entendendo o convite ou porque os preceptores não estão estimulando” (P<sub>1</sub>).

A prática da preceptoria, voltada ao modelo tradicional, é um desafio a ser enfrentado, tendo em vista que os Programas de Residência Multiprofissional utilizam o método híbrido. As metodologias ativas de ensino e aprendizagem, centradas no residente, devem focar na problematização de situações do cotidiano e buscar a reflexão da prática com olhar crítico e reflexivo no intuito de disparar o aprofundamento

teórico para a transformação da prática como base para a formação do residente (BARREIROS *et al.*, 2020).

Apesar do resultado do questionário apontar para o domínio de alguns pilares da metodologia ativa como a estimulação do pensamento crítico e reflexivo, o incentivo ao protagonismo do residente e a utilização da problematização como estratégia educacional, emergiu, nas entrevistas, a pouca apropriação de metodologias ativas de ensino para a prática da preceptoria.

Os relatos parecem ter relação com a própria formação acadêmica dos preceptores que, em sua maioria, não vivenciaram esse modelo ou não foram capacitados previamente, como reforçado nos trechos abaixo:

“Acho que é reflexo da sala de aula antiga. Então quem não sabe não fala e quem sabe vai falar. E no cenário de prática só muda por quem sabe faz (preceptor) e quem não sabe (residente), assiste o outro fazendo” (P<sub>1</sub>).

“Eu fiz uma preparação no método em que o Sírio estava se desenvolvendo na questão educacional, que nem todos os preceptores fizeram. E foi uma oportunidade que eu tive e nem todos os preceptores fizeram e tiveram essa preparação” (P<sub>3</sub>).

As barreiras, encontradas na rotina da prática da preceptoria; a falta de domínio do ato de ensinar; e o esforço contínuo não reconhecido, justificam a dificuldade na relação do preceptor com o(s) residente(s).

A tarefa árdua de um educador desestimulado, que precisa garantir a motivação do aprendiz, é um desafio manifestado pelos entrevistados que corrobora o resultado do questionário, aplicado na primeira etapa da pesquisa.

Saber lidar com o residente, que não entrega os resultados esperados, está, igualmente, evidenciado nas seguintes falas:

[...] falta um pouco de preparo para lidar com situações que fogem do esperado. Se o residente não vai muito bem, eu acho que o preceptor se perde” (P<sub>7</sub>).



“[...] principalmente nesses últimos dois anos, as pessoas estão menos motivadas para trabalhar. Fica mais difícil para o preceptor, que já não está motivado no seu trabalho, conseguir motivar um terceiro, o residente” (P<sub>7</sub>).

Uma manifestação menos frequente, mas importante, foi a dificuldade do preceptor em formar o residente para o Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, vale ressaltar que os programas de residência foram criados para formar profissionais da saúde, objetivando fortalecer o SUS com recursos humanos. A Residência Multiprofissional, apesar de vinculada à determinada instituição, não deveria moldar o Profissional para uma atuação exclusiva no local de formação seja pública seja privada.

“[...] eu observo como dificuldade aqui e que todos os preceptores deveriam fazer isso. A gente devia preparar os nossos profissionais, pensando num profissional para trabalhar em qualquer serviço” (P<sub>2</sub>).

“[...] às vezes, é difícil ser trabalhado [...] não é que eu prepare um profissional para trabalhar aqui nessa instituição. Deveria preparar um profissional para lidar com situações de saúde em qualquer instituição” (P<sub>2</sub>).

Alinhada como o propósito do surgimento dos PRM, a preceptoria deve focar na articulação dos conhecimentos, das habilidades e das atitudes, que o residente adquiriu na graduação, com a complexidade dos determinantes que se relacionam com os contextos de vida, de trabalho e com o cuidado à saúde, preceitos preconizados pelo SUS. Esse movimento educacional objetiva a formação de profissionais qualificados para o fortalecimento das práticas do SUS e não os atos individuais e fragmentados que priorizem interesses internos dos serviços de saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A categoria, **Fragilidades no reconhecimento institucional da preceptoria**, foi delimitada a partir de 14UR. A escuta das entrevistas permitiu compreender que as fragilidades vão além de fatores intrínsecos à equipe ou à deficiência individual dos

profissionais. A falta de valorização e de suporte institucional parecem ter impacto relevante, desde a definição do perfil de competências do preceptor, o reconhecimento financeiro/benefícios e o maior investimento e interesse no pilar educacional dentro da instituição. Por esse motivo, a desarticulação entre a instituição formadora, o Instituto de Ensino e Pesquisa, e o Hospital parece ser etapa prioritária.

“Eu acho que teria que encontrar alguma forma de diferenciação. É claro que financeiro seria o ideal porque, bem ou mal, todo mundo trabalha para ganhar dinheiro” (P<sub>7</sub>).

“Se não está nem definido quem é preceptor, não conseguem definir quem é e quem não é oficialmente, é porque não se tem clareza do papel institucionalmente, quiçá os desdobramentos, o reconhecimento, a valorização. Isso vem depois” (P<sub>1</sub>).

“Acho que a instituição está criando oportunidades, mas o preceptor é o menos favorecido nessa história. A instituição sempre prioriza o olhar para o residente” (P<sub>10</sub>).

A realidade dos preceptores, distribuídos dentro de uma instituição de grande porte com ampla diversidade de cenários de prática, pode ter relação com a dificuldade no alinhamento institucional para o exercício da preceptoria. Os preceptores reforçam, como fragilidade, a falta de um percurso comum a todos, um processo documentado, com etapas claras e maior orientação quanto ao exercício da preceptoria. Os diálogos reforçam uma prática educativa ainda pouco fundamentada, baseada somente na experiência individual, com ações que giram entre o acerto e o erro, as quais os preceptores julgam ser corretas.

“[...] uma base para juntos, caminharmos, mais ou menos, na mesma direção. Não tem um norte em comum, algo para todos se basearem, um alinhamento sobre qual a função do preceptor, entender por que está ali” (P<sub>4</sub>).

“Eu tenho a impressão, que para chefia, qualquer um pode ser preceptor, sem levar em consideração a vontade da pessoa, o perfil. Acho que isso acaba desestimulando os que têm o perfil” (P<sub>9</sub>).

“[...] os próprios residentes sentem a diferença entre um setor e outro. E, até mesmo dentro do mesmo setor, eles sentem certa dificuldade de como se portar com um preceptor e com o outro. Eu acho que não é padronizado. Não se fala a mesma língua” (P<sub>10</sub>).

Com base nas fragilidades apontadas, buscou-se, nas entrevistas, as sugestões para a equipe de preceptores, no que se refere às melhorias na ação educativa exercida. Os resultados são apresentados no Quadro 6.

Quadro 6. Sugestões para preceptoria.

SUGESTÕES PARA PRECEPTORIA	
CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS
Criação e manutenção de espaços permanentes de capacitação aos preceptores	Abordagem direcionada à preceptoria em espaços educacionais existentes
	Implementação de ações educacionais permanentes para preceptoria
	Compreensão do preceptor sobre seu papel
Apoio e incentivo institucional para a preceptoria	Redução das responsabilidades não educacionais na jornada de trabalho do preceptor
	Valorização e reconhecimento do preceptor como educador e profissional do serviço
	Definição do perfil de competências do preceptor para seleção e exercício da preceptoria
Direcionamento das ações para a equipe de preceptoria	Qualificação da capacidade de comunicação

A **criação e manutenção de espaços permanentes de capacitação aos preceptores** foi uma categoria evidenciada pelos entrevistados em 19UR, como exemplificado a seguir:

“Eu sugeriria essa questão do espaço protegido, onde a gente consiga fazer oficinas e reflexões da prática” (P<sub>6</sub>).

“[...] dar treinamentos para os preceptores, passar conhecimento um para o outro. [...] essa troca, pegar alguém que é mais experiente, dar uma aula sobre aquilo que sentem mais necessidade” (P<sub>5</sub>).

Essa sugestão, trazida pelos entrevistados, reforça a importância dos espaços de capacitação de preceptores como alternativa de fortalecimento das práticas educativas, voltadas aos residentes. O espaço protegido, citado acima, refere-se a encontros periódicos dos preceptores, promovidos pelos tutores fisioterapeutas com validação da gestão. Os depoimentos dos preceptores sugerem um melhor uso dos recursos humanos para potencializar o grupo. Sugerem que esse aproveitamento seja feito por meio do compartilhamento de saberes e do aproveitamento da *expertise* no ensino, na área da saúde, os quais estão presente em alguns profissionais.

A partir de 5UR, a Abordagem direcionada à preceptoria em espaços educacionais existentes foi evidenciada pelos preceptores como sugestão de maior aproveitamento das práticas, voltadas à educação dentro da instituição.

Como possibilidades, os entrevistados sugeriram levar a temática da preceptoria para as reuniões científicas da reabilitação, realizadas mensalmente, bem como para os encontros periódicos do GEMPA de Aprendizagem em Saúde e para os espaços informais com o apoio da rede social.

“[...] usar e explorar melhor espaços que já existem. O GEMPA de Aprendizagem em Saúde conversa um pouco com essa questão, trazendo uma ação mais permanente” (P<sub>1</sub>).

“[...] não precisava criar uma linha só educacional (nas reuniões científicas mensais), mas mesclar o assunto dessa natureza que trouxesse a preceptoria ou algo relacionado a atividade de ensino educacional, à residência, não deixa de ser ciência” (P<sub>1</sub>).

“[...] aproveitar espaços que já têm e usar de espaços informais de educação. O podcast, o workplace a gente explorar um pouco mais o espaço” (P<sub>1</sub>).

A implementação de ações educacionais permanentes para a preceptoría foi a sugestão que emergiu de 8UR e se relaciona com a fragilidade da falta/carência de capacitação para o exercício da preceptoría, apresentada anteriormente. As opiniões dos entrevistados apontam para:

“Capacitar na linha educacional que a instituição fez a escolha, faz muita diferença para você conseguir guiar e ajudar esse residente ao logo de todo o processo” (P<sub>3</sub>).

“Eu acho que a capacitação para todos os preceptores, é uma coisa a ser plantada, assim, no futuro, para melhorar esse manejo com o residente, para preparar o preceptor” (P<sub>3</sub>).

“Retomar com ações que ainda não vejo que a tecnologia ou o mundo digital conseguiu alcançar, isso é, da interação entre pessoas, do encontro que a gente fazia de Educação Permanente” (P<sub>1</sub>).

É possível verificar que as ações educacionais envolvem o fortalecimento da equipe de preceptoría quanto à capacitação voltada à metodologia híbrida adotada pela instituição; aos encontros presenciais periódicos; e à aproximação dos preceptores do exercício do ensino em serviço. Oliveira *et al.* (2017) relatam recorrentes manifestações, na literatura, sobre a necessidade de treinamentos e de processos de Educação Permanente, oriunda da fala dos preceptores. De acordo com os autores, o desconforto e o sentimento de inadequação dos preceptores envolvem, principalmente, a carência de habilidades pedagógicas. Nesse sentido, cabe o preparo desses profissionais para a metodologia híbrida, adotada nos programas de residência da instituição.

A compreensão do preceptor sobre seu papel, extraída de 6UR, dialoga com a fragilidade, previamente discutida, na qual as falas dos entrevistados expressam a importância do entendimento sobre as atribuições e as responsabilidades com o residente.

“A gente teve recentemente o processo seletivo para preceptoria e as pessoas que passaram nem tinham ciência do que era o papel do preceptor, só pelo que viam os outros fazendo” (P<sub>10</sub>).

“Eu acho que urgência seria mais um alinhamento dos preceptores, o que cada um enxerga em relação à preceptoria, o que é ser preceptor” (P<sub>4</sub>).

Torres *et al.* (2019) reforçam que o êxito da prática da preceptoria depende da ciência do preceptor sobre o seu papel como formador, no intuito de articular a prática com o conhecimento científico. A falta dessa compreensão pode ter como resultado um preceptor que somente delega as atividades aos residentes de maneira não pedagógica, utilizando-o como mão de obra para o serviço. É fundamental que o preceptor entenda que o seu papel envolve o planejamento do processo de ensino e aprendizagem, a troca de experiências, a construção e a reconstrução de conhecimento e o estímulo contínuo da reflexão sobre a prática.

**O apoio e incentivo institucional para a preceptoria**, categoria extraída de 17UR, é manifestada pelos entrevistados:

“É gestão, organizar a logística para fazermos cursos durante o plantão. Ninguém é dispensado e você usa o conhecimento de uma pessoa que é maravilhosa para passar para os outros” (P<sub>5</sub>).

“Talvez apresentar um plano maior para todos os preceptores para motivá-los a quererem participar. Ficar mais claro como é a preceptoria, a organização. Esse tipo de alinhamento, motiva muito o próprio preceptor” (P<sub>4</sub>).

A sugestão, trazida nos depoimentos, envolve a necessidade de um maior envolvimento institucional, representado pelo comprometimento da gestão nas ações da preceptoria. Nesse caso, as opiniões dos entrevistados indicam a possibilidade de implementar a capacitação dentro da carga de trabalho dos preceptores, de buscar um planejamento e direcionamento institucional para preceptoria e de fortalecer essa prática.

A redução das responsabilidades não educacionais na jornada de trabalho do preceptor emergiu de 8UR:

“[...] um trabalho direcionado à sobrecarga de trabalho dos preceptores impactando na disponibilidade. [...] a estruturação para que o serviço ande um pouco melhor” (P<sub>2</sub>).

“[...] se a ideia não é tocar serviço, acho que a gente tinha que ter um espaço reservado ou, pelo menos, ficar com menos pacientes. Uma garantia de que você vai ficar um pouco mais livre” (P<sub>5</sub>).

Essa sobreposição de atividades educacionais e assistenciais é um assunto discutido por Cavalcanti e Sant’ana (2014) que trazem a reflexão sobre uma possível explicação para essa realidade. Os autores acreditam que a justificativa está no fato de o exercício da preceptoria não ser verdadeiramente reconhecido como uma atividade profissional. Caso fosse, caberia à instituição destinar uma carga horária necessária para essa função ou remunerar esse tipo de atuação.

O acúmulo de responsabilidades não educacionais com a preceptoria pode acarretar um desgaste do profissional com efeitos negativos no ambiente de trabalho e consequências nos campos mental e emocional (SILVA; HORA, 2020). Enquanto persiste a falta de um reconhecimento da preceptoria como parte integrante do trabalho do profissional de saúde, este sofre com a alta carga de trabalho, com o número excessivo de residentes para cada preceptor, com o tempo escasso para a discussão de casos e com a demanda elevada de atendimentos (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A valorização e reconhecimento do preceptor como educador e profissional do serviço, subcategoria proveniente de 3UR, é expressa em:

“Eu acho que teria que encontrar alguma forma de diferenciação. É claro que financeiro seria o ideal por que, bem ou mal, todo mundo trabalha para ganhar dinheiro” (P<sub>7</sub>).

“Dar uma valorizada nas pessoas que investem nisso e um reconhecimento para os que querem se dedicar à preceptoria” (P<sub>9</sub>).

O valor, a ser ao atribuído ao preceptor, deve envolver o reconhecimento da equipe multiprofissional e dos gestores; e favorecer a jornada de trabalho, por ser compreendida a importância tanto da educação em serviço como a do residente, que valoriza essa parceria, e de seus pares. De acordo com Oliveira *et al.* (2017), os residentes parecem conferir mais qualidades aos preceptores que os gestores ou a própria instituição.

Cavalcanti e Sant'ana (2014) evidenciam que algumas instituições concedem o pagamento de bolsa de preceptoria ou gratificação, o que sinaliza a viabilidade dessa prática. Poderia existir uma possível uniformização, a partir do consenso entre as comissões estaduais e nacional de residências, com a finalidade de fixar uma bolsa como remuneração aos preceptores.

A definição do perfil de competências do preceptor para seleção e exercício da preceptoria emergiu de 6UR e coincide com o objetivo principal desta pesquisa. Traçar o perfil de competências do preceptor fisioterapeuta, parece ser uma necessidade urgente e um motivo de angústia e de preocupação da equipe, como apresentado nos depoimentos abaixo:

“Muitas vezes a pessoa não tem interesse em ser preceptor ou tem interesse, mas não sabe se tem realmente a competência, porque nem está escrito qual é o papel do preceptor” (P<sub>10</sub>).

“[...] a definição de papel. Quem pode ser preceptor e quem não pode ser preceptor, isso não é claro para todo mundo. [...] isso não teria custo e teria um impacto grande” (P<sub>7</sub>).

“[...] tinha que ser algo mais concreto, todos trabalhando juntos, do mesmo jeito, seguindo os mesmos passos” (P<sub>9</sub>).

A definição das competências necessárias para o exercício da preceptoria permite uma maior clareza dos profissionais na prática da função e apoia futuros processos seletivos de novos preceptores, baseados em critérios claros que permitam o seu acompanhamento e o seu desenvolvimento. Essa melhoria permite uma maior motivação da equipe, que tem as suas ações valorizadas; reforça a importância da atualização constante, para seguir atuando com os residentes; e, conseqüentemente, gera uma maior satisfação dos residentes com a qualidade do grupo de preceptores.



O **direcionamento das ações para a equipe de preceptoria**, presente em 5UR, refere-se aos planos de melhoria específicos, voltados para as principais fragilidades dos preceptores em suas práticas cotidianas.

“Algo mais homogêneo para que a gente fale a mesma língua, tenha atitudes semelhantes, independente do cenário para que o residente não precise agir diferente com cada preceptor” (P<sub>8</sub>).

“Na verdade, eu acho que a nossa preceptoria ainda é muito amadora e não condiz com a instituição que estamos. [...] tinha que ser algo mais profissional, organizado e com processos claros. [...] a gestão tinha que se envolver e ajudar mais” (P<sub>9</sub>).

Essas ações envolvem a profissionalização e a uniformidade do exercício da preceptoria, bem como o alinhamento entre os preceptores, com o propósito de tornar a preceptoria uma prática educativa homogênea e não individualizada e potencializar a capacidade de comunicação.

Todavia, a literatura acena para o fato de que a profissionalização da preceptoria só é possível com a implantação de políticas que incentivem e valorizem a formação acadêmica dos preceptores (AFONSO; SIVEIRA, 2012).

A qualificação da capacidade de comunicação se relaciona com a fragilidade trazida anteriormente, o que reforça a necessidade de melhoria dessa competência na relação entre preceptores do mesmo setor, entre os cenários e entre os residentes e os preceptores, e destes com os tutores.

[...] o principal mesmo seria a necessidade de melhoria da comunicação. Tanto a comunicação do tutor com preceptor, entre os preceptores e com o residente” (P<sub>10</sub>).

“Se a gente conversasse com os preceptores do cenário anterior ou conversar com o preceptor do próximo cenário já ajudaria muito. [...] uma comunicação mais efetiva entre preceptores e tutores, teríamos um alinhamento melhor para desenvolver o residente” (P<sub>10</sub>).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

O objetivo da presente pesquisa foi a busca pela identificação do perfil de competências do preceptor fisioterapeuta; das fortalezas e das fragilidades da equipe de preceptores; bem como levar em consideração as sugestões desses profissionais no que se refere à melhoria para o exercício de suas práticas. A partir da compreensão da equipe acerca da importância da discussão dessa temática e da urgência em promover o desenvolvimento dessa função no serviço, ocorreu uma importante adesão dos preceptores nas etapas necessárias para a conclusão do presente estudo.

O percurso da pesquisa mostrou que os preceptores fisioterapeutas se enxergam sobrecarregados, com falta de tempo para apoiar os residentes, com baixa habilidade na correlação teoria-prática e no desenvolvimento da competência motivacional com os residentes. Ainda entendem que ser um fisioterapeuta qualificado é o suficiente para ser um preceptor capacitado.

Outras competências mostraram-se frágeis na equipe, como o problema de lidar com as situações de conflito e a dificuldade em se tornar um líder inspirador para o residente. Ademais, foram enfatizados: a frágil formação em educação, a má comunicação preceptor-residente, a falta de valorização da pesquisa como suporte para preceptoria e o próprio não reconhecimento do preceptor em seu papel.

É relevante ressaltar que o local da pesquisa é um hospital assistencial não concebido, inicialmente, para o ensino. Esse fato pode justificar parte da realidade evidenciada nessa pesquisa, mas é necessário, igualmente, considerar que os profissionais atuam exclusivamente na atenção à saúde e que a instituição encontra dificuldades na articulação ensino-serviço. Ponderar a inserção dos programas de residência na rotina hospitalar depende do entendimento entre a instituição e um parceiro que possibilite o crescimento institucional, transforme as práticas profissionais e aprimore a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado.

O reconhecimento e o apoio institucional para o exercício da preceptoria parece necessário para que os profissionais envolvidos fortaleçam as suas ações educacionais, o que gera um impacto menor nas frequentes insatisfações relacionadas à sobrecarga de trabalho, à desvalorização e à falta de capacitação específica. Contudo, é fundamental que os preceptores reflitam sobre as suas necessidades de melhoria e busquem o conhecimento, a partir de capacitações voltadas à prática assistencial, mas, principalmente, para o papel do ensino no ambiente de trabalho.

Apesar das fragilidades apresentadas, o estudo evidenciou que os preceptores fisioterapeutas contemplam a maioria das competências necessárias para o exercício da função, ou seja, aproximadamente 63% das competências abordadas nessa pesquisa tiveram boa percepção. Trata-se de uma equipe qualificada que demonstra uma identificação com a função de preceptor, reconhece a importância da capacitação específica e domina a prática enquanto equipe multiprofissional. A ampla infraestrutura e a qualidade dos cenários de prática foram, igualmente, reconhecidas como fortalezas para a prática da preceptoria.

A trajetória da presente pesquisa possibilitou um olhar para as amplas fortalezas dessa equipe de preceptoria, as quais precisam ser reconhecidas e utilizadas como fonte para o desenvolvimento dos residentes. São preceptores dedicados que se empenham em prol do crescimento profissional dos recém-formados e que precisam conciliar funções assistências com a preceptoria, sem qualquer benefício ou remuneração.

As fragilidades identificadas foram vinculadas a sugestões que emergiram dos depoimentos dos entrevistados e merecem um maior aprofundamento e estudo quanto à viabilidade, ao impacto e ao custo-benefício.

Entende-se que o produto dessa dissertação pode servir de base para o acompanhamento e a avaliação dos atuais preceptores, assim como um norte para o direcionamento de futuros processos seletivos com foco nos conhecimentos, nas habilidades e nas atitudes relevantes à função. O alinhamento das competências necessárias ao exercício da preceptoria da fisioterapia deve possibilitar o desenvolvimento de capacitações voltadas às principais fragilidades, as quais foram encontradas na equipe, bem como o acompanhamento permanente desse grupo.

Além do mais, o manual de competências deve fornecer informações relevantes, a fim de fortalecer a equipe de preceptoria por meio da ciência dos conhecimentos, das habilidades e das atitudes fundamentais para a função, o que potencializa o crescimento individual dos preceptores e, conseqüentemente, a qualidade dos Programas de Residência Multiprofissional da instituição.

## REFERÊNCIAS

---

AFONSO, D. H.; SILVEIRA, L. M. C. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da Educação Médica. **Revista HUPE**; v. 11, n. 1, p. 82-86. 10, 2012.

ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro. v. 32, n. 3. 2008.

APPOLINÁRIO, F. Metodologia da ciência: Filosofia e prática da pesquisa. 2.ed. São Paulo, **Cengage Learning**, 2012.

ARAUJO, T. A. M. *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v. 21, n. 6, 2017.

AUTONOMO, F. R. O. *et al.* A preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária: Análise das publicações brasileiras. **Rev Bras Educ Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, 2015.

BALDO, G. V. **Competências do Fisioterapeuta no Processo de Interação com o Paciente**: Proposta de um Instrumento de Avaliação. 2008. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARREIROS, B. C. *et al.* Estratégias Didáticas Ativas de Ensino-Aprendizagem para Preceptores de Medicina de Família e Comunidade no EURACT. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 44, n. 3, p. e102, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022020000300221&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022020000300221&lng=en&nrm=iso). Acesso em 04/10/2020

BARRETO, V. H. L. *et al.* Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 578-83, 2011.

BARROS, M. C. N. **Papel do preceptor na residência multiprofissional: experiência do serviço social**. 2010. 43f. Trabalho de conclusão (Especialização). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. Educação interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 202-204, mar. 2016.

BENITO, G. A. V. *et al.* Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 172-8, jan/fev 2012.

BETTIOL, C. H. O.; PEDRO, D. R. C.; PISSINATI, P. S. C.; ROSSANEIS, M. A.; HADDAD, M. C. L.; DELLAROZA, M. S. G. Competências profissionais procuradas por gestores no processo seletivo de enfermeiros em instituições hospitalares. **Rev Par. Enferm.**, v. 2, n. 1, p. :59-65, 2019.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Rev. eletr. pós-graduand. sociologia política da UFSC**. Vv. 2, n. 1, 2005.

BOTOMÉ S. P. Diretrizes para o ensino de graduação: o projeto pedagógico da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba: **Champagnat**, v. 1. 88 p. 2000.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008.

BOTTI, S. H. O. Desenvolvendo as competências profissionais dos residentes. **Rev. Hosp. Univ. Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, (Supl.1): 102106, 2012.

BRAGA, E. M. Competência em comunicação: uma ponte entre aprendizado e ensino na enfermagem [tese]. São Paulo (SP): **Esc. Enferm. USP**; 2004.

BRANDÃO, H. P.; BORGES-ANDRADE, J. E. Causas e efeitos da expressão de competências no trabalho: para entender melhor a noção de competência. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 8, n. 3, p. 32-49, 2007.

BRANT, V. M. R. O porquê e o para quê de um seminário sobre formação pedagógica de preceptores. In: BRANT, V. M. R. **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: Ed. Juiz de Fora, p. 5-10, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre **Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2012. Seção I, p. 24.

BRASIL. Ministério da Educação. **Relatório de atividades da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde**. CNRMS: exercício: 2007/ 2009, 2009.

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

BRASIL. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES 4/2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 mar. 2002, Seção 1, p.11

CAETANO, J. Á.; DINIZ, R. C. M.; SOARES, E. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, dec. 2009. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16376>. Acesso em: 21 oct. 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i4.16376>.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise e de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília; v. 57, n. 5, p.611-4, 2004.

CARROLL, J. B. **Human cognitive abilities: a survey of factor-analytic studies**. New York, NY: Cambridge University Press, 1993.

CASANOVA, I. A. **A educação interprofissional na residência multiprofissional em saúde no Estado de São Paulo**. 2016. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: UNIFESP, 2016.

CAVALCANTI, I. L.; SANT'ANA, J. M. B. A preceptoria em um programa de residência multiprofissional em oncologia: carências e dificuldades. **Gestão e Saúde**, v. 5, n. 3, p. pag. 1045-1054, 2014.

CECCIM, R.B. *et al.* **Formação de formadores para a residência em saúde: corpo docente assistencial em experiência viva** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA. 1ed. 212p 2018.

CNE. Resolução CNE/CES 4/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 11. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>. Acesso em: 03 de fevereiro de 2020.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

CRUZ, R. M. Competências sociais e técnicas dos psicólogos que realizam avaliação psicológica. In: HOFFMANN, M. H.; CRUZ, R. M.; ALCHIERI, J. C. (Orgs.). **Comportamento humano no trânsito**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.



DIAS, R. C.; DIAS, J. M. D. Prática baseada em evidências: uma metodologia para a boa prática fisioterapêutica. **Fisioterapia em Movimento**, [S.l.], v. 19, n. 1, ago. 2017.

DURAND, T. L'alchimie de la compétence. **Revue Française de Gestion**, v. 127, n. 1, p. 84-102, 2000.

DUTRA, J. S. **Competências**: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna. São Paulo: Atlas, 2004.

FERREIRA, B. J. A formação ética e cidadã: imperativo contemporâneo, campo fecundo da educação. **Rev. bioética**. v.17, n. 3, p.:429-33, 2009.

FERREIRA, F. D. C.; DANTAS, F. C.; VALENTE, G. S. C. Nurses knowledge and competencies for preceptorship in the basic health unit. [Thematic Issue: Education and teaching in Nursing]. **Rev. bras. enferm.** [Internet]. v. 71(Suppl 4), p.: 1564-71., 2018.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Rev. adm. contemporânea**, Edição especial, p. 183-196, 2001.

FONTELLES, M. J.; SIMÕES, M. G.; FARIAS, S. H.; FONTELLES, R. G. S. Metodologia Da Pesquisa Científica: Diretrizes Para A Elaboração De Um Protocolo De Pesquisa. **Rev. paraense medicina**, v. 23, n. 3, 2009.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 4.ed. Brasília-DF: Líber Livro, 2012.

FRANCO, M. L. P. B. Análise de conteúdo. In: **Análise de conteúdo**. 2008. p. 79-79.

FREITAG, R.M.K. Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência? **Revista de estudos da linguagem**, v. 26, n. 2, p. 667-686, 2018.

GATTI, B. A. Estudos quantitativos em educação. **Educ. pesquisa**, São Paulo, v.30, n.1, p. 11-30, jan./abr. 2004.

GOMES, D. F. *et al.* **Transformações das residências multiprofissionais em saúde** [recurso eletrônico]. Sobral: Edições UVA. 290p, 2020.

GONÇALVES, C. D. S.; CORRÊA, A. B.; SIMON, G.; PRADO, M. D.; RODRIGUES, J.; REIBNITZ, K. S. Integração ensino serviço na voz de profissionais de saúde. **Rev. enferm. - UFPE**, v. 8, n. 6, p. 1678-86, 2014.

GONÇALVES, W. A.; ANDRADE, W. M.; CORREA, D. A.; RIBEIRO, G. G. Confrontando o conceito de competências pela sua diversidade e aplicação: um olhar entre a teoria e a prática. **Revista Pretexto**, v. 18, n. 4, p.114-128, 2017.

- GRAY, D. E. **Pesquisa no mundo real**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.
- HERBERT, R. *et al.* **Practical Evidence-Based Physiotherapy-E-Book**. Elsevier Health Sciences, 2011.
- HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. **Caderno do Curso Residência Multiprofissional do Cuidado ao Paciente Crítico**. São Paulo: 2019. Disponível em: <https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/PublishingImages/Lato%20Sensu/Residência/Residência%20Multi%20e%20Uni/Cuidado%20ao%20Paciente%20Crítico/Caderno-RES18-PacienteCritico-v4-.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2019a.
- HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. **História**. Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/sociedade-beneficente-desenhoras/paginas/historia.aspx>. Acesso em: 10 jul. 2019b.
- HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. **Institucional**. Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/institucional/paginas/default.aspx>. Acesso em: 10 jul. 2019c.
- JUNIOR, A. F. B.; JUNIOR, N. F. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Evidência**, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011.
- JUNQUEIRA, S. R.; OLIVER, F. C. A preceptoria em saúde em diferentes cenários de prática. **Rev. doc. ens. superior**, Belo Horizonte, v. 10, e013483, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/2237-5864.2020.13483>.
- LIMA, P. A. B.; ROZENDO, C. Al. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. **Interface - comunicação, saúde, educação**, v. 19, p. 779-791, 2015.
- MATA, L. S. L.; FARIA, N. L. A.; MORAES, V. P. M. A Importância da Qualificação do Preceptor nos Cenários de Formação em Oncologia dos Programas de Residências em Área Profissional da Saúde. **rev. brasileira de cancerologia**. 66 (3): e-11953, 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/953>
- MAYER, J. D.; CARUSO, D. R.; SALOVEY, P. **Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence** – Intelligence. Canada: MHS Publishers, 1999.
- MILANESI R., CAREGNATO, R. C. A, CANABARRO, S. T. Residência Multiprofissional em Saúde: vivência do ser preceptor na atenção ao paciente crítico. **Res. soc. dev.**, v. 8, n. 4, p. e4284871. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v8i4.871>
- MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2016.

- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Cienc. saúde colet.**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 6.ed, 1999.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Ministério da Saúde**. Portaria Interministerial n.º 2.117/05. Institui a residência multiprofissional em Saúde. Brasília, DF, 3 nov. 2005
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Parecer homologado: Credenciamento do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês – IEP/HSL, com sede na cidade de São Paulo, no Estado de São Paulo, para oferta de cursos de especialização, em regime presencial, na área médica. Portaria/MEC nº 3.857, publicada no **Diário Oficial da União** de 11/11/2005. Acesso em 06/09/2020:  
[http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces0345\\_05.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces0345_05.pdf)
- MIOLO, S.B., FEDOSSE, E. Tutoring and preceptory in multiprofessional residence programs in basic care: a necessary dialogue. **Research, society and development**, v. 9, n. (3), p. e88932477, .2020. Disponível em:  
<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i3.2477>.
- MIOTO, R. C. T. *et al.* As residências multiprofissionais em saúde: a experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. **Serviço social e saúde**, v. 11, n. 2, p. 185-208, 2012.
- MISSAKA, H.; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica 2007-2009. **Rev Bras Educ Médica**, v.35, n.3, p. 303-310, 2011.
- MITRE, S. M.; BATISTA, R. S.; MENDONÇA, J. M. G.; PINTO, N. M. M.; MEIRELLES, C. A. B.; PORTO, C. P.; MOREIRA, T.; HOFFMAN, L. M. A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciências saúde coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008.
- MIYAZATO, H. S. A. **Competências do preceptor enfermeiro**: uma análise da percepção de enfermeiros de uma instituição hospitalar privada. 2015. 115p. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 2015.
- MORETTI-PIRES, R. O. Complexity in Family Healthcare and the training of future healthcare professionals. **Interface - comunic., saúde, educ.**, v. 13, n. 30, p. 153-66, 2009.
- NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

- NASCIMENTO, T. A. C.; SIMÕES, J. M. Análise da gestão de conflitos interpessoais nas organizações públicas de ensino profissionalizante em Nova Iguaçu-RJ. **REGE**, v. 18, n. 4, p. 585-604, 2011.
- NEWMAN, T. B. *et al.* Delineando estudos transversais e de caso controle. In: HULLEY, S. B *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**, v. 3, 2008. p. 127-144.
- NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare enferm.**, v. 20, n. 3, p.636-640, 2015.
- NOGUEIRA, N. R. **Pedagogia de projetos: uma jornada interdisciplinar rumo ao desenvolvimento das múltiplas inteligências**. São Paulo: Érica, 2001.
- OLIVEIRA, S. F *et al.* Percepção sobre o Internato de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro pelos Preceptores do Serviço na Atenção Básica: um Estudo de Caso. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 79-85, Jan. 2017.
- PASQUALI, L. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In L. Pasquali (Org.), **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração** (pp.37-71). Brasília: LabPAM, 1999.
- PERRENOUD, P. Construir competências é virar as costas aos saberes? Porto Alegre: **Pátio Revista Pedagógica**, Porto Alegre, n. 11, n. p., nov. 1999.
- PERRENOUD, P. Dez novas Competências para Ensinar. Tradução Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre, RS: **Artmed**. 2000. ISBN 978-85-7307-637-0.
- RIBEIRO, E. Exercício da Preceptoria: Espaço de Desenvolvimento de Práticas de Educação Permanente. **Rev. hosp. univ. Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. 1, p. 77-81, 2012.
- RODRIGUES, C. D. S. **Competências para a preceptoria: construção no programa de educação pelo trabalho para a saúde**. 2012. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.
- RODRIGUES, C. D. S.; WITT, R. R. Competencies for Preceptorship in the Brazilian Health Care System. **J. educ. contin. nurs.**. v. 44, n. 11 p.507-15, 2013.
- SANTANA, D. M. **Residência médica em hospital assistencial no Estado de Roraima: uma análise**. Dissertação (Mestrado) Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014.

- SANTOS, M. C.; GRILO, A.; ANDRADE, G.; GUIMARÃES, T.; GOMES, A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Rev. port. saúde pública**, v. temat, n. 10, p. 47-57, 2010.
- SCHNEIDER EM, FUJI RAX, CORAZZA MJ. Pesquisas quali-quantitativas: contribuições para a pesquisa em ensino de ciências. **Rev. pesq. qualitativa**, v. 5, n. 9, p. 569-584, 2017.
- SÃO PAULO. **Decreto nº 58502 de 09 de novembro de 2018**. Dispõe sobre a atividade de educação institucional no âmbito da Administração Pública Municipal. Disponível em: [www.sinesp.org.br/6847-decreto-n-58-502-de-09-11-2018-dispoe-sobre-a-atividade-de-educacao-institucional-no-ambito-da-administracao-publica-municipal](http://www.sinesp.org.br/6847-decreto-n-58-502-de-09-11-2018-dispoe-sobre-a-atividade-de-educacao-institucional-no-ambito-da-administracao-publica-municipal). Acesso em: 20 set. 2000.
- SESU. **Secretaria de Educação Superior**. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. Resolução CNRMS nº 05, de 07 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília, DF, 2014.
- SHIWA, S. R. **Perfil do fisioterapeuta do estado de São Paulo**. 2015. Tese (Doutorado) Faculdade de medicina Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Ciências da Reabilitação, 2015.
- SILVA CR, GOBBI BC, SIMÃO AA. O uso da análise de conteúdo como ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organ. rurais agroind.**, Lavras. v. 7, n. 1: 70-81, 2005.
- SILVA NCF, HORA SS. A Preceptoria na Residência Multiprofissional em Oncologia: entre a Formação em Serviço e a Precarização do Trabalho. **Rev. bras. cancerol.** [Internet], v. 66, n.3, p.e-081132.2020.
- SILVA, I. P.; BATISTA, N. A. A abordagem qualitativa no aprofundamento de dados quantitativos. In: 4º CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA EM SAÚDE CIAIQ2015. **Anais**. Aracaju. v. 1. 2015. – Disponível em: [proceedings.ciaiq.org](http://proceedings.ciaiq.org).
- SILVA, R. M. B.; MOREIRA, S. N. T. Estresse e Residência Multiprofissional em Saúde: Compreendendo Significados no Processo de Formação. **Rev Bras Educ Médica**, v. 43, n. 4, p. 157-166, 2019.
- SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Rev. med. res.** Curitiba, v. 4, n. 2, p.116-120, 2012.
- SOARES, Ricardo et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. **Rev. bras. medicina fam. comun.**, v. 13, n. 40, p. 1-8, Jan-Dez, 2018.

TORRES, R. B. S. *et al.* Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. **Interface — Comunicação, saúde e educação**, v. 23, p. e170691, 2019.

YAREMKO, R. M. *et al.* **Handbook of research and quantitative methods in psychology**: For students and professionals. Psychology Press, 1986.

ZARIFIAN, P. Objetivo competência: por uma nova lógica. In: ZARIFIAN, P. **Objetivo competência**: por uma nova lógica. 2012. p. 197-197.

## **APÊNDICES**

---

## APÊNDICE A

### INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO PRECEPTOR FISIOTERAPEUTA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DO HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS

Cara(o) preceptora(or),

Sua atuação é fundamental para a excelência do processo formativo dos residentes inseridos no percurso educacional das residências multiprofissionais desta instituição.

Visando buscar melhorias para a seleção e atuação desses profissionais, pedimos sua colaboração no preenchimento deste instrumento que objetiva identificar as competências do grupo de preceptores que atuam na Residência Multiprofissional.

O instrumento está dividido em duas partes: **Parte I – caracterização dos participantes da pesquisa** e **Parte II – Questionário**, com 33 itens. Assinale com um “X” somente uma opção em cada uma delas (aquela que mais se aproximar de sua opinião).

Por favor, responda TODOS os itens que variam desde **discordo totalmente** a **concordo totalmente**.

Estimamos que você leve cerca de 15 minutos para responder o instrumento.

Desde já agradeço por sua valiosa colaboração!

#### PARTE I - Caracterização dos participantes da pesquisa

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Preceptor nº: \_\_\_\_\_

##### 1. Dados gerais

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Além da graduação em Fisioterapia, indique abaixo outro(s) curso(s) realizado(s).

Você poderá marcar mais de uma opção:

( ) Especialização (cursos **com no mínimo 360 horas** ou mais de duração) - Indique a área \_\_\_\_\_

( ) Aprimoramento (Cursos com **menos de 360 horas** de duração) - Indique a área: \_\_\_\_\_

( ) Aperfeiçoamento (cursos com **menos de 360 horas** de duração) - Indique a área: \_\_\_\_\_

( ) Residência - Indique a área: \_\_\_\_\_

( ) Mestrado - ( ) Profissional ou ( ) Acadêmico - Indique a área: \_\_\_\_\_

( ) Doutorado - Indique a área: \_\_\_\_\_

Tempo de formação profissional: \_\_\_\_\_ . Tempo de atuação neste Hospital : \_\_\_\_\_

Pertence a qual unidade: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na preceptoria: \_\_\_\_\_

Atua em qual programa de residência multiprofissional: \_\_\_\_\_



## Parte II – QUESTIONÁRIO (INSTRUMENTO RANDOMIZADO)

COMPETÊNCIAS DO FISIOTERAPEUTA PRECEPTOR	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. A sobrecarga de trabalho impacta na minha disponibilidade para apoiar as necessidades do residente				
2. A prática da preceptoria depende do conhecimento e domínio do ambiente de trabalho				
3. Conhecer a expertise individual de cada preceptor potencializa a aprendizagem compartilhada				
4. Na relação preceptor-residente durante a rotina do plantão, a tomada de decisões deve sempre partir do preceptor				
5. Capacitação e atualização constantes garantem a atividade da preceptoria				
6. Acredito que na preceptoria, todos se reconhecem como preceptores				
7. Percebo, com frequência, falta de clareza e objetividade na comunicação dos preceptores com residentes				
8. Os preceptores têm clareza sobre as responsabilidades e atribuições a serem desempenhadas pelo residente				
9. A atividade educacional da preceptoria me interessa tanto quanto a assistência				
10. É esperado que os preceptores organizem seminários e discussões de casos clínicos com o residente				
11. Na minha prática, a comunicação com os tutores se dá de maneira solidária com vistas a troca de saberes				
12. Apesar de essenciais, nem sempre é possível conduzir minhas atividades com respeito e ética				
13. Apresentar desempenhos necessários ao cuidado fisioterapêutico nas disfunções respiratórias é um dos pré-requisitos para exercer a preceptoria				
14. Como preceptor, evito a presença do residente em intercorrências e emergências				
15. Apresentar desempenhos necessários ao cuidado fisioterapêutico nas disfunções musculoesqueléticas é um dos pré-requisitos para exercer a preceptoria				
16. A observação do preceptor na assistência facilita a compreensão da importância do cuidado humanizado pelo residente				

<b>COMPETÊNCIAS DO FISIOTERAPEUTA PRECEPTOR</b>	<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo parcialmente</b>	<b>Concordo parcialmente</b>	<b>Concordo totalmente</b>
17. Dominar técnicas e procedimentos práticos são suficientes para garantir a qualidade do preceptor				
18. Garantir a motivação permanente do residente não é tarefa fácil para o preceptor				
19. A produção científica de capítulos de livros e publicação de artigos diferencia o preceptor em sua prática educativa				
20. A participação nos espaços de reflexão da prática contribui para minha atuação na preceptoria				
21. A correlação teoria e prática no cotidiano da preceptoria tem sido um desafio constante				
22. Consigo conciliar a rotina assistencial com as funções da preceptoria				
23. Garanto um espaço para escuta qualificada de sentimentos, angústias e conquistas do residente				
24. No processo ensino-aprendizagem, o preceptor deve adequar sua atuação às necessidades dos residentes				
25. O preceptor deve estimular a integração do residente junto à equipe multiprofissional				
26. A preceptoria utiliza a problematização e busca de soluções como estratégia de ensino aprendizagem do residente				
27. A prática da preceptoria deve estar alinhada com as propostas dos programas de residência				
28. Reconheço a importância, mas não tenho formação na área de educação em saúde				
29. O preceptor precisa ser um líder para estimular o desenvolvimento desta competência em seus residentes				
30. Entendo que o residente deva ser o protagonista de seu aprendizado				
31. A troca de saberes entre os preceptores de unidades diferentes é fundamental para a aprendizagem do residente				
32. Estimular o pensamento crítico e reflexivo do residente faz parte das boas práticas da preceptoria				
33. Os preceptores sabem lidar com as situações de conflito vivenciadas pelo residente no cenário de prática				

## APÊNDICE B

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Em sua opinião, o instrumento preenchido previamente contemplou todas as competências que considera necessárias ao preceptor fisioterapeuta deste Hospital? Caso contrário, cite-as.
2. Comente sobre as principais fortalezas e fragilidades da equipe de preceptoria da fisioterapia deste Hospital.
3. Os resultados apontaram como potencialidades da equipe de preceptoria, a atividade educacional pautada na ética e respeito; o estímulo a integração do residente junto à equipe multiprofissional e a importância do estímulo ao pensamento crítico e reflexivo. Você concorda com este resultado? Qual sua opinião sobre elas?
4. Dentre as principais fragilidades, estão questões relacionadas a sobrecarga trabalho impactando na rotina do preceptor; capacitação e atualização constante como garantia da atividade da preceptoria; dificuldade em estimular a motivação do residente e o desafio constante da capacidade de correlação teoria e prática. Você poderia comentar se concorda e o que pensa sobre esse resultado?
  - 4.1. Frente as fragilidades, qual acredita necessitar de ações de melhoria com maior urgência? Dê sugestões para o aprimoramento da preceptoria no serviço.
5. Dentre as competências, a Dimensão Conhecimento teve menor média geral (2,8) em relação a Habilidade (3,2) e Atitudes (3,2). Como você entende este resultado?
6. Em sua opinião, houve clareza e completa compreensão dos itens no momento de seu preenchimento?

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Eu, Juliana Luri Noda Suzuki, aluna do Curso de Pós-Graduação de Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS, da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, venho por meio deste convidá-lo (a) voluntariamente a participar da pesquisa intitulada: **“Perfil de Competências do Fisioterapeuta Preceptor de uma Instituição de Saúde Privada”**, tendo como orientadora a Profa. Dra. Maria Aparecida de Oliveira Freitas.

O objetivo desta pesquisa é identificar o Perfil de Competências necessário ao Preceptor da Fisioterapia que atua diretamente na assistência nos Programas de Residência Multiprofissional do Hospital Sírio Libanês.

Para a coleta de dados desta pesquisa será aplicada um Questionário, com questões na qual o participante deverá assinalar a opção que melhor contemple a sua percepção frente ao nível de concordância sobre o item (afirmação). A segunda etapa será composta por Entrevista semiestruturada com fisioterapeutas preceptores dos Programas de Residências Multiprofissionais afim de maiores esclarecimentos e aprofundamento no assunto. Esta entrevista, terá duração máxima de 40 minutos, sendo gravadas em áudio para posterior transcrição e envio aos participantes da pesquisa para sua validação.

A coleta de dados apresenta risco e desconforto mínimos aos participantes, uma vez que não se trata de estudo invasivo e a participação é voluntária, não apresentando benefício direto. Entretanto, a partir do delineamento do perfil de competências do preceptor fisioterapeuta, acredita-se em melhorias no exercício da preceptoria. Não haverá despesa pessoal para o participante em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

#### **Direitos do participante:**

A- Todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgado(a) a sua identificação ou de outros participantes em nenhum momento.

- B- Caso o Sr.(a) decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.
- C- O Sr.(a) tem a garantia de que todos os dados obtidos a seu respeito, neste estudo, serão utilizados apenas neste estudo.
- D- O Sr.(a) não receberá nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação neste estudo. Da mesma forma, o Sr.(a) não terá nenhuma despesa pessoal em qualquer fase do estudo. Durante o período de sua participação, se houver qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
- E- A qualquer momento, se for de seu interesse, o Sr.(a) poderá ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, ou a respeito dos resultados gerais do estudo.
- F- Quando o estudo for finalizado, o Sr. será informado sobre os principais resultados e conclusões obtidas no estudo.
- G- Em qualquer etapa do estudo, o Sr.(a) terá acesso a pesquisadora responsável, **Juliana Luri Noda Suzuki** para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora é aluna regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde/CEDESS/UNIFESP – Campus São Paulo, e poderá ser encontrada no endereço R. Pedro de Toledo, 859 – Vila Clementino – cep: 04030-032 – São Paulo – S.P. Tel/Fax: (11) 5576-4874. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp – Rua Francisco de Castro nº 55, Vila Clementino, CEP 04020-050, São Paulo/SP – Tel: (11) 5571-1062 fax: (11) 5539-7162, e-mail: [cep@unifesp.edu.br](mailto:cep@unifesp.edu.br), ou ainda com o Comitê de Ética e Pesquisa da instituição coparticipante – Hospital Sírio Libanês, localizado na Rua Peixoto Gomide, nº 316, 7º andar, Bela Vista, São Paulo - SP, CEP: 01409-000, e-mail: [cepesq@hsl.org.br](mailto:cepesq@hsl.org.br), telefone: (11) 33945701.
- H- Esse termo foi elaborado em duas vias originais devidamente assinadas, sendo que uma ficará com o Sr.(a) e a outra conosco.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Perfil de Competências do Fisioterapeuta Preceptor da Residência Multiprofissional em uma Instituição de Saúde Privada de São Paulo”. Eu discuti com a pesquisadora Juliana Luri Noda Suzuki sobre a minha decisão em participar nesse

estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa      assinatura

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.”

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador principal      assinatura

\_\_\_\_\_

## APÊNCIDE 4

### COMPETÊNCIAS PARA PRECEPTORIA

CATEGORIAS	
<b>CONHECIMENTO</b>	Apropriação dos fundamentos teórico-conceituais e metodológicos da preceptoria
	Conhecimento profissional específico com ênfase na prática baseada em evidências
<b>HABILIDADE</b>	Compartilhamento de saberes com o residente
	Troca de saberes entre a equipe de preceptores
	Prática da metodologia ativa de ensino aprendizagem
	Supervisão de maneira individualizada
	Adequar a prática de preceptoria às necessidades do residente
	Conciliar funções assistenciais e educacionais
	Integração do residente junto à equipe multiprofissional
<b>ATITUDE</b>	Acolhimento ao residente
	Motivação pessoal e do residente
	Respeito e ética profissional
	Comunicação entre preceptores, residentes e tutores
	Lidar com situações de conflito vivenciadas pelo residente na prática

## **ANEXOS**

---



## ANEXO A



# COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SP

## CADASTRO CEP

Nota Técnica: \_\_\_\_\_ Data da relatoria: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relator: \_\_\_\_\_

Nº CEP: \_\_\_\_\_/2017 CAAE: \_\_\_\_\_ . 5505

**ESTE DOCUMENTO DEVERÁ SER COLOCADO NA PLATAFORMA BRASIL JUNTAMENTE COM A FOLHA DE ROSTO GERADA PELA PLATAFORMA BRASIL NO INÍCIO DA SUBMISSÃO DO PROJETO.**

### IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR PRINCIPAL

Juliana Luri Noda Suzuki (Especialização) E-MAIL: jlnoda@yahoo.com.br CEL: (11)997341502 CPF: 31843552841

### VÍNCULO INSTITUCIONAL DO PESQUISADOR PRINCIPAL

Aluno de Pós-Graduação CAMPUS: São Paulo DEPTO/LOCAL: CEDESS - Centro de Des. do Ensino Sup. em Saúde - CHEFE/RESP: Nildo Alves Batista E-MAIL CHEFE/RESP: nbatista@unifesp.br

### INFORMAÇÕES SOBRE O PROJETO DE PESQUISA

CARACTERÍSTICA: Retrospectivo ORIENTADOR: Maria Aparecida de Oliveira Freitas E-MAIL: cidaposdoc2016@gmail.com  
 TÍTULO: Perfil de competências do fisioterapeuta preceptor em uma instituição de saúde privada  
 OBJETIVO ACADÊMICO: Mestrado LOCAL/CENTRO DE PESQUISA: Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS  
 Rua: Pedro de Toledo, 859 - Vila Clementino, CEP: 04039-032, (11) 55764874  
 Responsável: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS (A PESQUISA TERÁ OU FARÁ USO)

HSP: Não OGM: Não RADIOISÓTO/RADIOATIVO: Não PATENTE: Não BIORREPOSITÓRIO: Não BIOBANCO: Não  
 Não BIOBANCO/INFO: FONTE DE RECURSOS: Institucional (UNIFESP) Recurso próprio TOTAL DE GASTOS PREVISTOS (R\$): Até 10000,00

### CIÊNCIA DE PROCEDIMENTO(S)

Os eventuais itens a seguir são providências que devem ser tomadas pelo PESQUISADOR RESPONSÁVEL.

**ATENÇÃO:** Este projeto de pesquisa só será recebido pelo Comitê de Ética, se **TODOS OS ITENS** a seguir, estiverem satisfeitos!

- FOLHA DE ROSTO (gerada na Plataforma Brasil) assinada pelo pesquisador responsável e pelo chefe do departamento ou pelo diretor do campus envolvido, digitalizada e anexada na Plataforma Brasil.
- CÓPIA DIGITALIZADA DESTE DOCUMENTO (com as devidas assinaturas) anexada na Plataforma Brasil.
- Projeto cadastrado na Plataforma Brasil, enviado ao CEP/UNIFESP e com status "Em Recepção e Validação Documental."
- Este documento deverá ser assinado pelo orientador, trata-se de projeto de MESTRADO.

### ASSINATURAS

*Juliana Luri Noda Suzuki*  
 Juliana Luri Noda Suzuki  
 CPF: 31843552841  
 Pesquisador Responsável

*Maria Aparecida de Oliveira Freitas*  
 Maria Aparecida de Oliveira Freitas  
 Orientador

São Paulo 08/ Fevereiro 2019  
*Nildo Alves Batista*  
 Nildo Alves Batista  
 Chefe/Diretor/RESP

Prof. Dr. Nildo Alves Batista  
 Coordenador  
 Centro de Desenvolvimento  
 do Ensino Superior em Saúde  
 CEDESS - UNIFESP

## ANEXO B



**HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS**  
ENSINO E PESQUISA

São Paulo, 01 de fevereiro de 2019

**Declaração de Aceite e Comprometimento como Instituição Coparticipante**

**Projeto:** "Perfil de competências do fisioterapeuta preceptor em uma instituição de saúde privada"

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

**Pesquisador Principal na Instituição Proponente:** Juliana Luri Noda Suzuki

**Pesquisador Principal HSL:** Juliana Luri Noda Suzuki

Declaro para os devidos fins, que a Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês CNPJ: 61.590.410/0001-24 manifesta o total interesse em participar do projeto de pesquisa supracitado.

Eu, Juliana Luri Noda Suzuki, registro profissional N° 12349 pesquisador(a) responsável institucional pelo projeto de pesquisa supracitado, declaro ter lido e concordo com o delineamento do estudo. Declaro conhecer e cumprir as resoluções éticas brasileiras, em especial a resolução CNS 466/2012.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da confidencialidade dos participantes de pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para realização do projeto.

Atenciosamente,

*Juliana Luri Noda Suzuki*

Juliana Luri Noda Suzuki  
Responsável Institucional

*Dr. Luiz Fernando Lima Reis*

Dr. Luiz Fernando Lima Reis  
Diretor de Ensino e Pesquisa



## ANEXO C



São Paulo, 09 de janeiro de 2019

**Ilmo Sr. Coordenador**  
**Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sírio Libanês**

**Projeto:** “Perfil de Competências dos Fisioterapeutas Preceptores em uma Instituição de Saúde Privada”

**Pesquisador:** Juliana Luri Noda Suzuki

**Assunto:** Autorização para realização de pesquisa clínica nas unidades assistenciais do Hospital Sírio Libanês

Solicito sua autorização para realização do projeto: “Perfil de Competências dos Fisioterapeutas Preceptores em uma Instituição de Saúde Privada”, nas Unidades Assistenciais do Hospital Sírio Libanês, com objetivo de obtenção do título de Mestre pelo Curso de Pós-Graduação de Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS, da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Esse projeto será primeiramente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEPesq) para obtenção do parecer consubstanciado.

Atenciosamente,

*Juliana Luri Noda Suzuki*

NOME

Pesquisador Principal

De acordo,

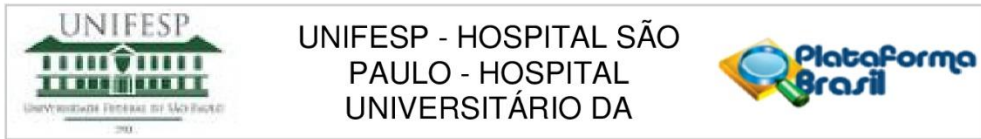
*Wania Regina Molto Baia*  
 Diretora Assistencial

Nome *Wania Regina Molto Baia*

Cargo *Diretora Assistencial*

Rua Prof. Daher Cutait, 69 - 01308-060 - São Paulo - SP - Tel. +55 (11) 3394.0100  
 iep.hospitalsiriolibanes.org.br

## ANEXO D



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Perfil de competências do fisioterapeuta preceptor em uma instituição de saúde privada

**Pesquisador:** JULIANA LURI NODA SUZUKI

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 07519419.0.0000.5505

**Instituição Proponente:** Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.159.608

**Apresentação do Projeto:**

-Projeto CEP/UNIFESP n: 0102/2019

-Trata-se de projeto de mestrado de Juliana Luri Noda Suzuki.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Aparecida de Oliveira Freitas

Projeto vinculado ao Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Campus São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, UNIFESP.

-Centro Co-participante: Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês.

Nome do responsável no Centro Co-participante: Paulo Chapchap

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1291360.pdf, postado em 10/02/2019)

**APRESENTAÇÃO:** A preceptoría é definida pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde, exercida por profissional com formação mínima de especialista, presente nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens em serviço. O preceptor da área da saúde é fundamental na promoção da integração entre os residentes, destes com a equipe multiprofissional e clientes, sendo uma referência para os residentes no cenário de prática clínica. Tem extrema importância no processo educacional aproximando a teoria da

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.159.608

prática, correlacionando a bagagem de conhecimento acadêmico adquirido e a realidade da prática clínica. No entanto, culturalmente este profissional é selecionado para a preceptoría apenas por apresentar excelência na atuação prática, fortalecendo uma crença de que quem sabe fazer, automaticamente é capaz de ensinar. Os preceptores normalmente não são submetidos à processos avaliativos para o ingresso na preceptoría ou durante o percurso da preceptoría. É frequente que os profissionais da área da saúde, não apenas fisioterapeutas, assumam a preceptoría por necessidade do serviço e atuem na função tendo como retorno apenas a satisfação e realização pessoal. A carência de formação específica prévia faz o preceptor atuar empiricamente, num percurso educacional que julga ser o correto, pelo acerto e erro, replicando exemplos que acredita resultar em êxito. Neste contexto, compreender quais competências são necessárias a este profissional e aquelas que são desenvolvidas em cada serviço, permite a identificação das fortalezas e fragilidades, possibilitando melhorias futuras. Se torna possível o direcionamento de ações de educação permanente, definição de critérios para seleção de novos preceptores e a construção de uma matriz de competências.

**HIPÓTESE:** A pesquisadora acredita ser possível analisar o perfil de competências dos fisioterapeutas preceptores no contexto das residências multiprofissionais do Hospital Sírio Libanês e traçar uma matriz de competências direcionada à esta equipe.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO PRIMÁRIO:** Analisar o perfil de competências desenvolvidas ao preceptor da fisioterapia que atua diretamente na assistência dentro dos programas de residência multiprofissional do Hospital Sírio Libanês.

**OBJETIVO SECUNDÁRIO:** Elaborar uma matriz de competências necessárias para a prática da preceptoría da fisioterapia no Hospital Sírio Libanês.- Mapear as fortalezas e fragilidades da equipe de preceptoría do serviço de fisioterapia no contexto dos programas de residência multiprofissional do Hospital Sírio Libanês

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

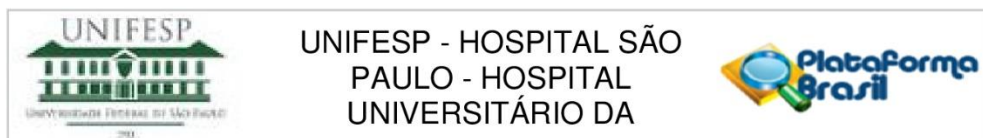
Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

**RISCOS:** Os riscos da pesquisa envolvem a possibilidade de constrangimento ou desconforto para responder as questões presentes na Escala Atitudinal tipo Likert e na Entrevista Semi-estruturada.

<b>Endereço:</b> Rua Francisco de Castro, 55	<b>CEP:</b> 04.020-050
<b>Bairro:</b> VILA CLEMENTINO	
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> SAO PAULO
<b>Telefone:</b> (11)5571-1062	<b>Fax:</b> (11)5539-7162
	<b>E-mail:</b> cep@unifesp.edu.br

Página 02 de 06





Continuação do Parecer: 3.159.608

Neste caso, será garantido o direito não responder, assim como é permitida a interrupção/desistência da participação a qualquer momento da pesquisa sem necessidade de justificativa, não havendo prejuízo ao participante. A pesquisa não acarreta em nenhum risco físico, moral ou à dignidade. Não haverá nenhuma despesa pessoal para o participante em qualquer fase do estudo assim como não ocorrerá compensação financeira pela contribuição voluntária do participante no estudo.

**BENEFÍCIOS:** A pesquisa visa proporcionar benefícios à Preceptoria da Equipe de Fisioterapia e conseqüentemente à formação dos futuros residentes dos Programas de Residência Multiprofissional do Hospital Sírio Libanês, possibilitando disponibilizar um instrumento sobre as competências necessárias a este profissional. Este produto tem o objetivo de nortear o ingresso de futuros preceptores assim como direcionar a educação permanente às demandas de aprendizagem existentes. A definição do perfil de competências de um grupo específico é uma etapa fundamental para a caracterização da equipe, análise das fortalezas e fragilidades existentes e planejamento educacional focado.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**TIPO DE ESTUDO:** A abordagem metodológica será de natureza qualitativa, exploratória, descritiva e de corte transversal.

**LOCAL:** Hospital Sírio Libanês

**PARTICIPANTES:** 80 preceptores fisioterapeutas que atuam diretamente na assistência nos programas de residência multiprofissional do Hospital Sírio Libanês.

**Critério de Inclusão:** Oitenta preceptores da equipe de Fisioterapia do Hospital Sírio Libanês, Unidade Bela Vista, que atuam diretamente na assistência junto aos Programas de Residência Multiprofissional de Cuidado ao Paciente Crítico, Cuidado ao Paciente Oncológico e Cuidado à Saúde da Criança e do Adolescente.

**Critério de Exclusão:** Preceptores pertencentes às outras áreas profissionais; Fisioterapeutas que não atuam na preceptoria do Hospital Sírio Libanês; Fisioterapeutas preceptores que não atuam na unidade Bela Vista do Hospital Sírio Libanês; Fisioterapeutas preceptores que estejam de licença médica ou maternidade no período de coleta de dados

**PROCEDIMENTOS:**

-Os participantes serão submetidos inicialmente à aplicação de uma escala atitudinal do tipo Likert cujas assertivas versarão sobre competências desenvolvidas pelo preceptor fisioterapeuta do

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.159.608

Hospital Sírio Libanês. Os participantes preencherão o instrumento que contém alternativas relacionadas as competências desenvolvidas pelo fisioterapeuta preceptor do Hospital Sírio Libanês, variando da concordância total à discordância total.

-A segunda etapa da pesquisa envolve o aprofundamento e elucidação dos resultados obtidos com a escala atitudinal do tipo Likert, com a aplicação de uma entrevista semi-estruturada à uma amostra intencional. Os dados coletados a partir da Escala de Atitude do tipo Likert serão submetidos à análise estatística descritiva que tem o intuito de descrever, resumir, totalizar e apresentar graficamente os dados da pesquisa. Em se tratando de uma pesquisa de natureza qualitativa na área da saúde, os dados das entrevistas serão analisados com base na Análise de Conteúdo, modalidade Temática.

A abordagem metodológica será essencialmente de natureza qualitativa, exploratória, descritiva e de corte transversal. A população do presente projeto será composta por oitenta preceptores fisioterapeutas que atuam diretamente na assistência nos três Programas de Residência Multiprofissional do Hospital Sírio Libanês a saber: Programa do Cuidado ao Paciente Crítico, Cuidado ao Paciente Oncológico e Programa de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente.  
(mais informações, ver projeto detalhado).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- 1-Foram apresentados adequadamente os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma.
- 2-TCLE a ser aplicado aos participantes: apresentado pelo pesquisador (Pasta: TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência - Submissão x ; Documento: )
- 3-outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:
  - a)- Documento enviado ao CEP do Hospital Sírio Libanês solicitando autorização para a realização do estudo (Pasta: Declaração de Instituição e Infraestrutura - Submissão 1; Documento: diretoria.pdf).
  - b)- Declaração de aceite e comprometimento como instituição coparticipante emitida pelo Hospital Sírio Libanês (Pasta: Declaração de Instituição e Infraestrutura - Submissão 1; Documento: termoaceite.pdf).
- 4- O questionário e o roteiro de entrevista estão anexados no final do projeto detalhado

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

Página 04 de 06



Continuação do Parecer: 3.159.608

**Recomendações:**

ATENÇÃO: em submissões futuras, lembrar que o orçamento financeiro e o cronograma devem ser anexados em suas respectivas pastas, na Plataforma Brasil. (Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS).

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1291360.pdf	10/02/2019 22:14:50		Aceito
Outros	cepunifesp.pdf	10/02/2019 22:12:59	JULIANA LURI NODA SUZUKI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMESTRADOUNIFESPHSL.pdf	10/02/2019 22:08:13	JULIANA LURI NODA SUZUKI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	diretoria.pdf	10/02/2019 22:07:32	JULIANA LURI NODA SUZUKI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termoaceite.pdf	10/02/2019 22:07:16	JULIANA LURI NODA SUZUKI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLCorreto.pdf	09/02/2019 16:43:56	JULIANA LURI NODA SUZUKI	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	09/02/2019 16:42:06	JULIANA LURI NODA SUZUKI	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br





Continuação do Parecer: 3.159.608

SAO PAULO, 21 de Fevereiro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Miguel Roberto Jorge**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55  
**Bairro:** VILA CLEMENTINO      **CEP:** 04.020-050  
**UF:** SP      **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)5571-1062      **Fax:** (11)5539-7162      **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

Página 06 de 06

**MANUAL DE RECOMENDAÇÕES PARA  
PRECEPTORIA DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**



**JULIANA LURI NODA SUZUKI**



**HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS**

**JULIANA LURI NODA SUZUKI**

**Produto da Dissertação apresentada à Universidade Federal  
de São Paulo para a obtenção do título de Mestre  
Profissional em Ensino em Ciências da Saúde**

**Orientadores:**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Aparecida de Oliveira Freitas  
Prof. Dr. Nildo Alves Batista

2021

# SUMÁRIO

1. Apresentação .....	04
2. Refletindo sobre a preceptoría nos programas de residências multiprofissionais em saúde .....	06
3. Conhecendo o conceito de competências para a preceptoría .....	08
4. Como a pesquisa foi feita?.....	09
5. O que a pesquisa aponta?.....	10
6. Aprendizados e recomendações.....	12
7. Referências Bibliográficas.....	17

# 1. APRESENTAÇÃO

Caro leitor,

Este manual é o produto elaborado a partir da dissertação desenvolvida no Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Ciências da Saúde no CEDESS – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo.

## ✓ O desafio: A preceptoria.

Num longo percurso como fisioterapeuta assistencial, o **desafiador papel de preceptora** cruzou meu caminho. Ao assumir a função de preceptoria, busquei a especialização de Preceptoria no SUS para apoiar minha atribuição, me tornei tutora do Programa de Residência Multiprofissional no Cuidado ao Paciente Crítico e ingressei no Mestrado Profissional de Ensino em Ciências da Saúde no CEDESS.

O mestrado surgiu da necessidade de aprofundamento do conhecimento sobre o binômio educação e saúde com foco na preceptoria. A união do aprendizado adquirido à construção deste manual, visa a transformação da realidade profissional além de uma forma de retribuir com dedicação e conhecimento, o crescimento pessoal e profissional que a instituição me proporcionou.

**A inquietação e desconforto** pela falta de critérios para a seleção dos novos preceptores, de formação prévia voltada à educação em serviço de saúde e de alternativas de educação permanente para o desenvolvimento desse profissional, foram fundamentais para despertar o **interesse em explorar a temática das competências para preceptoria**. Somente entendendo melhor quais são os **conhecimentos, habilidades e atitudes esperados para o**

**exercício da preceptoria**, é possível fornecer um acompanhamento adequado da equipe de preceptores e direcionar as ações de educação permanente.

### ✓ A Pesquisa

O Manual de Competências para Preceptores Fisioterapeutas é um **produto** elaborado a partir da pesquisa **intitulada Perfil de Competências do Preceptor Fisioterapeuta da**



**Residência Multiprofissional em Saúde de uma instituição de saúde privada**, desenvolvida no mestrado profissional do CEDESS da UNIFESP.

Baseado na percepção e depoimento dos preceptores fisioterapeutas do Hospital Sírio Libanês em relação às competências necessárias para o exercício da preceptoria nos programas de residência multiprofissional, este **produto visa apoiar a qualificação destes profissionais e conseqüentemente melhorar a formação dos futuros residentes.**

Este produto foi construído a partir da realidade da preceptoria da equipe de fisioterapia do Hospital Sírio Libanês – Unidade Bela Vista. Contudo, compreendendo o valor das competências abordadas neste manual e sua fundamentação em literatura atual, acredita-se que seja de grande valia para outros serviços de saúde que tenham a preceptoria inserida em seus processos formativos.

## 2. REFLETINDO SOBRE A PRECEPTORIA NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

### ✓ Como funcionam os programas de residência multiprofissional em saúde?

As residências multiprofissionais em saúde são uma modalidade de ensino Lato Sensu, voltada para a educação em serviço e direcionada a inclusão de diferentes categorias profissionais da área da saúde. Visa a formação coletiva em equipe, a integralidade do cuidado ao usuário e o fortalecimento do SUS com a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 2005).

### ✓ Qual o papel do preceptor?

Nesta modalidade de ensino, a preceptoria exerce função essencial visando apoiar os programas de residência multiprofissional que tem como objetivo especializar profissionais da

O preceptor tem o papel de docente assistencial, ao orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que auxiliem o residente em sua trajetória.

(BOTTI e REGO, 2008; MISSAKA e RIBEIRO, 2011).

área da saúde para atenção integrada, valorizando a perspectiva biopsicossocial e ampliando o conceito e a prática da integralidade. O

exercício da preceptoria nos programas de residência multiprofissional segue o conceito de supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde, exercida por profissional da mesma área profissional do residente sob sua supervisão com formação mínima de especialista, presente nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens em serviço, vinculado à instituição executora, bem como às instituições parceiras. São responsáveis por promover a integração entre os



residentes, destes com a equipe e clientes, articulando os recursos de ensino em serviço e constituindo-se na referência para os residentes na área de concentração do programa (BRASIL, 2012).

O preceptor da área da saúde tem a função de aproximar a teoria da prática, correlacionando a bagagem de conhecimentos e conceito que o recém-formado possui com a vivência de situações reais no campo da assistência. Antes de ser um educador, esse profissional atuava essencialmente na prática assistencial transformando a vivência do campo profissional em experiências de aprendizagem. (MIYAZATO, 2015). Por meio de conhecimentos pedagógicos, este profissional tem responsabilidade na formação de novos profissionais e inserção no trabalho, sendo um eixo essencial entre o conhecimento acadêmico adquirido e a realidade da prática clínica (RIBEIRO, 2012; JUNQUEIRA e OLIVER, 2020).

Apesar de fundamental, a preceptoria ainda enfrenta muitas limitações e fatores desfavoráveis como a sobrecarga de trabalho do profissional, a carência de capacitações para o ensino em serviço, a desarticulação entre instituições formadoras e os serviços de saúde, o baixo reconhecimento e o desconhecimento das próprias e necessárias competências para a função.

Para que seja capaz de exercer tal função, é fundamental que o preceptor tenha ciência das competências esperadas em seu desempenho, que podem ser desenvolvidas por meio de programas de capacitações direcionadas. O domínio das competências para a preceptoria eleva o caráter profissional deste papel, evitando que atue empiricamente, num percurso educacional que julga ser o correto, pelo acerto e erro, replicando exemplos que acredita resultar em êxito (ARAUJO *et al.*, 2017).



### 3. CONHECENDO O CONCEITO DE COMPETÊNCIAS PARA A PRECEPTORIA

Vamos agora explorar o conceito de **Competências**.

#### ✓ **As Correntes Teóricas**

Dutra (2004) defende a existência de três grandes correntes teóricas que explicam o conceito sobre competências. A primeira, representada principalmente por autores norte-americanos, entende a competência como um conjunto de características subjacentes à pessoa, que permitem que ela lide com determinadas situações. A segunda, defendida principalmente por autores franceses, associa competência às realizações e produções do indivíduo em determinado contexto. A terceira vertente busca uma perspectiva integradora, com a junção das concepções anteriores, traduzida por um conjunto complementar e interdependente de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para uma determinada atividade num contexto específico. Esta foi a corrente utilizada como base para o manual.

#### ✓ **Afinal, o que são Competências?**



#### **CONCEITO DE COMPETÊNCIAS**

“Conjunto complementar e interdependente de **conhecimentos, habilidades e de atitudes**, os quais são necessários para exercer certa atividade, bem como ao desempenho da pessoa em um determinado contexto.”

(RODRIGUES e WITT, 2013; FLEURY e FLEURY, 2001; DUTRA, 2004; GONÇALVES et al., 2017)

## 4. COMO A PESQUISA FOI FEITA?

A pesquisa que fez emergir este manual foi realizada na Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio Libanês – Unidade Bela Vista, localizado na Cidade de São Paulo. As etapas da pesquisa consistiram em:



### I. Questionário

Foi construído um questionário com 33 itens referentes as competências esperadas do preceptor fisioterapeuta. Após a realização de um piloto, os 71 preceptores fisioterapeutas atuantes na instituição foram convidados a participar da pesquisa, sendo que 50 deles responderam ao questionário indicando o nível de concordância e percepção em relação as competências.

As médias de cada item do questionário foram classificadas em:



Boa Percepção



Aspectos que podem e devem ser melhorados



Percepção negativa, indicando a necessidade de mudanças de curto prazo

### II. Entrevistas com roteiro semiestruturado

Dos 50 preceptores fisioterapeutas que responderam ao questionário, 10 foram convidados e participaram das entrevistas com roteiro semiestruturado com intuito de aprofundamento e esclarecimento dos dados obtidos na primeira etapa. As entrevistas foram submetidas a técnica de Análise de Conteúdo na Modalidade Temática, ao qual emergiram fortalezas, fragilidades e sugestões à equipe de preceptores fisioterapeutas.

## 5. O QUE A PESQUISA APONTA?



Conforme a percepção dos preceptores fisioterapeutas que atuam nos programas de residência multiprofissional da instituição que foi campo da pesquisa, são consideradas fortalezas e fragilidades da equipe de preceptores fisioterapeutas:



### FORTALEZAS

#### Alta qualidade do grupo de preceptores

- Boa formação profissional
- Potencialidades na relação do preceptor com os residentes
- Identificação com a função da preceptoria

#### Reconhecimento pelos preceptores, da importância de ações de capacitação para a preceptoria

#### Exercício da preceptoria em equipe multiprofissional

#### Excelência na infraestrutura para o desenvolvimento dos programas de RMS



## FRAGILIDADES

### Falta/ carência de capacitação para o exercício da preceptoria

- Descontinuidade da capacitação no serviço
- Baixa adesão ao programa de capacitação (Educação permanente dos preceptores)
- Dificuldades inerentes à instituição

### Sobrecarga de trabalho

- Dificuldade na conciliação da função assistencial e preceptoria

### Falta de compreensão do preceptor sobre seu papel

- Insegurança do preceptor no reconhecimento de sua competência
- Pouca clareza dos preceptores sobre competências para pesquisa e ensino

### Fragilidades específicas da equipe de preceptoria

### Dificuldades práticas para o exercício da preceptoria

- Pouca apropriação de metodologias de ensino para a prática da preceptoria
- Dificuldade na relação do preceptor com o(s) residente(s)
- Dificuldade do preceptor em formar o residente para o Sistema Único de Saúde

### Fragilidades no reconhecimento institucional da preceptoria

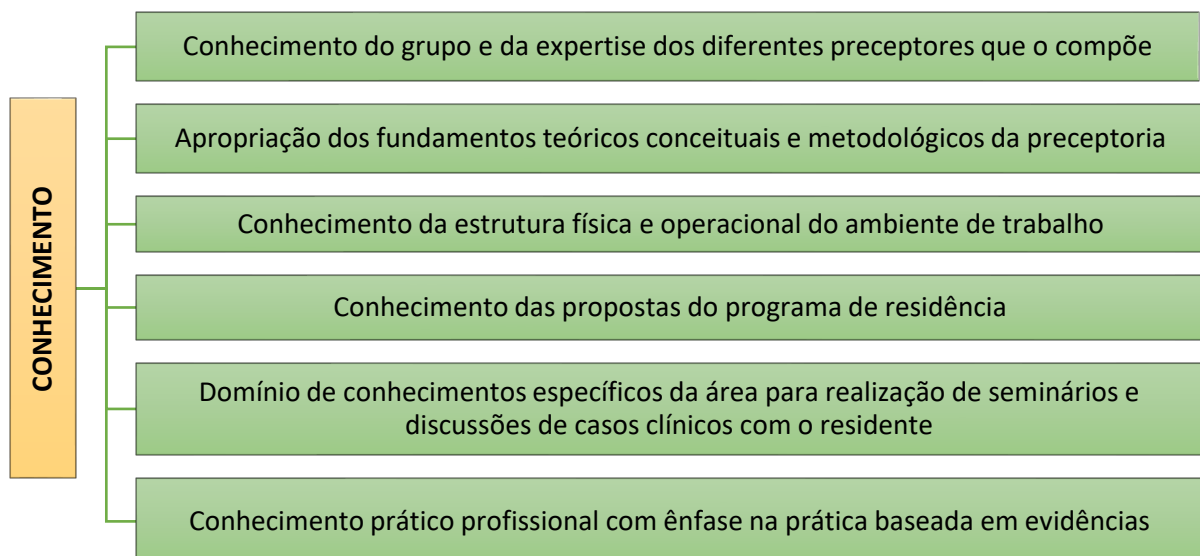
- Dificuldade no alinhamento institucional para o exercício da preceptoria

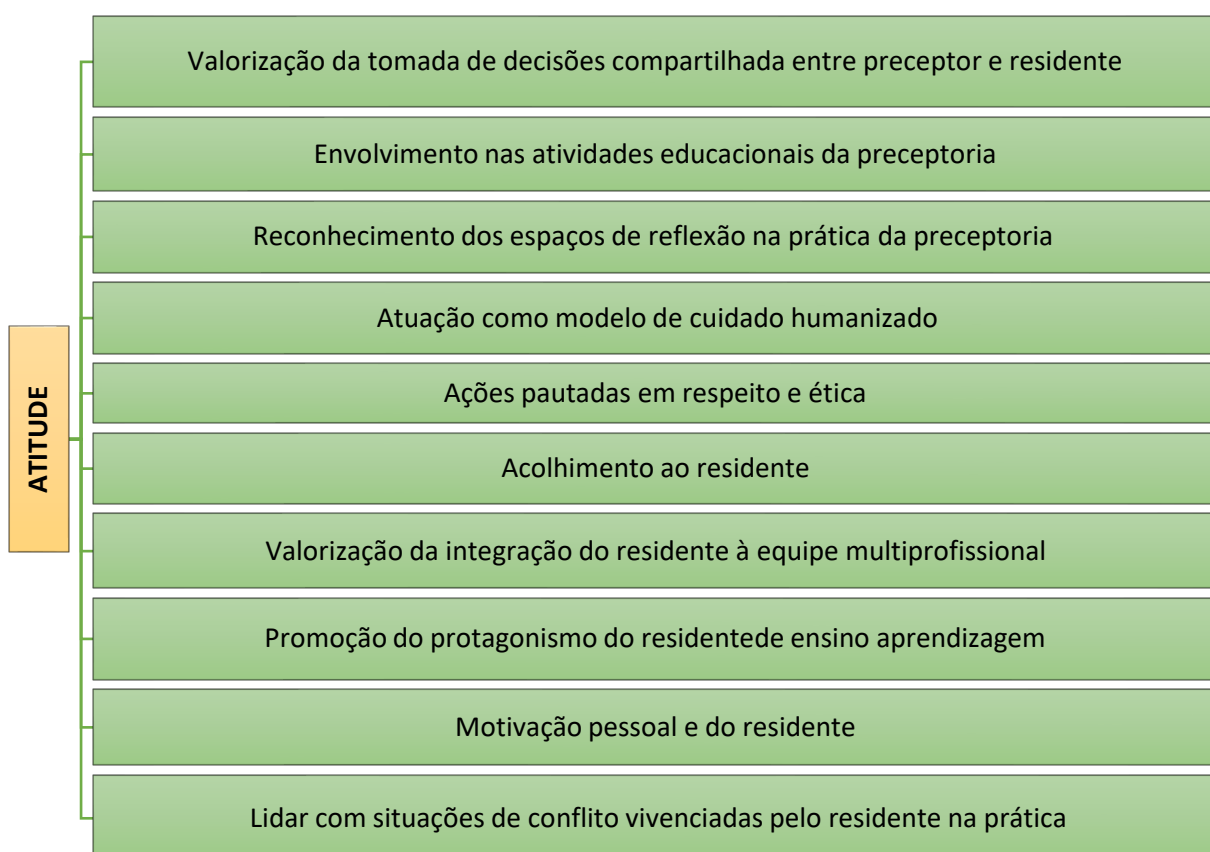
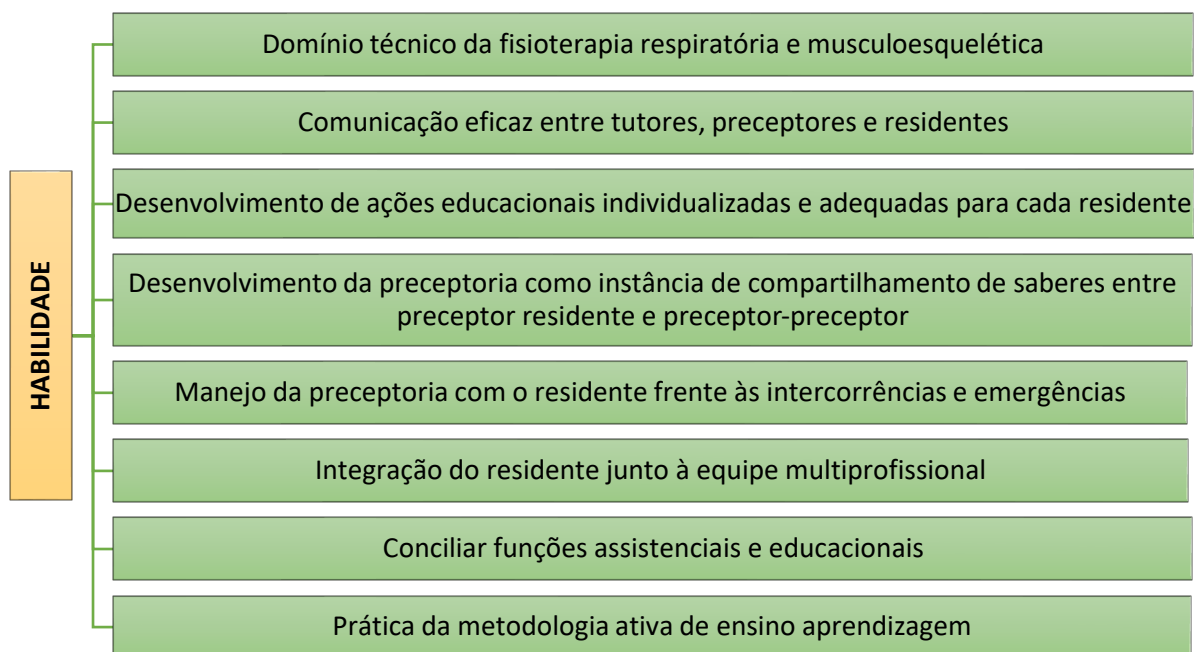
## 6. APRENDIZADOS E RECOMENDAÇÕES

### • APRENDIZADOS

Este manual de recomendações trouxe um conteúdo valioso para o fortalecimento do papel do preceptor fisioterapeuta, indicando as competências necessárias para o exercício desta função. Este conhecimento é a etapa inicial para o acompanhamento desta prática educativa, direcionamento de ações de educação permanente e valorização dos preceptores.

As competências abaixo expostas estão subdivididas nas dimensões Conhecimento, Habilidades e Atitude. Tendo em mãos essas informações, é possível utilizar como base para os processos seletivos de novos preceptores, tornando menos subjetiva tal escolha. Recomenda-se que as seguintes competências sejam consideradas necessárias ao preceptor fisioterapeuta:







## RECOMENDAÇÕES

Ao entender que as competências acima expostas contemplam os requisitos necessários para o exercício da preceptoria nos programas de residência multiprofissional em saúde, sugere-se que as ações abaixo elencadas sejam avaliadas e se possível implantadas dentro dos serviços de saúde em vistas a favorecer o papel do preceptor e conseqüentemente potencializar o binômio ensino – saúde dentro do ambiente assistencial. Analisando os atores sociais envolvidos, a viabilidade e custo/benefício, sugere-se a:

### Criação e manutenção de espaços permanentes de capacitação aos preceptores

- Abordagem direcionada à preceptoria em espaços educacionais existentes
- Implementação de ações educacionais permanentes para preceptoria
- Compreensão do preceptor sobre seu papel

A **Criação e manutenção de espaços permanentes de capacitação aos preceptores** envolve o uso de espaços protegidos com encontros periódicos com aproveitamento dos recursos humanos da equipe de preceptores para potencializar o grupo assim como o compartilhamento de saberes e aproveitamento da *expertise* no ensino na área da saúde presente em alguns profissionais.

Pode-se fazer uma **abordagem direcionada à preceptoria em espaços educacionais existentes**, levando a temática da preceptoria para as reuniões científicas mensais, bem como para os encontros periódicos de Aprendizagem em Saúde e para os espaços informais com o apoio da rede social.

A **implementação de ações educacionais permanentes para a preceptoria** visa atender o desconforto e o sentimento de inadequação dos preceptores envolvendo a carência de habilidades pedagógicas. Nesse sentido, cabe o preparo desses profissionais para a metodologia híbrida, adotada nos programas de residência da instituição (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

A **compreensão do preceptor sobre seu papel** dialoga com o entendimento sobre suas atribuições e responsabilidades. O êxito da preceptoria depende da ciência do preceptor sobre o seu papel como formador e articulador da prática com o conhecimento científico. A falta dessa

compreensão pode resultar em um preceptor que somente delega as atividades aos residentes de maneira não pedagógica, utilizando-o como mão de obra para o serviço. É fundamental que o preceptor entenda que o seu papel envolve planejar o processo de ensino e aprendizagem, trocar experiências, construir e reconstruir o conhecimento e estimular a reflexão da prática (TORRES *et al.*, 2019).

#### Apoio e incentivo institucional para a preceptoria

- Redução das responsabilidades não educacionais na jornada de trabalho do preceptor
- Valorização e reconhecimento do preceptor como educador e profissional do serviço
- Definição do perfil de competências do preceptor para seleção e exercício da preceptoria

**O apoio e incentivo institucional para a preceptoria** envolve a necessidade de um maior envolvimento institucional, representado pelo comprometimento da gestão nas ações da preceptoria, como a possibilidade de implementar a capacitação dentro da carga de trabalho dos preceptores, de buscar um planejamento e direcionamento institucional para preceptoria e de fortalecer essa prática.

**A redução das responsabilidades não educacionais na jornada de trabalho do preceptor** tem relação com a sensação sobrecarga por sobreposição de atividades educacionais e assistenciais, que ocorre, pois possivelmente o exercício da preceptoria não ser verdadeiramente reconhecido como uma atividade profissional. Caso fosse, caberia à instituição destinar uma carga horária necessária para essa função ou remunerar esse tipo de atuação (CAVALCANTI e SANT'ANA, 2014).

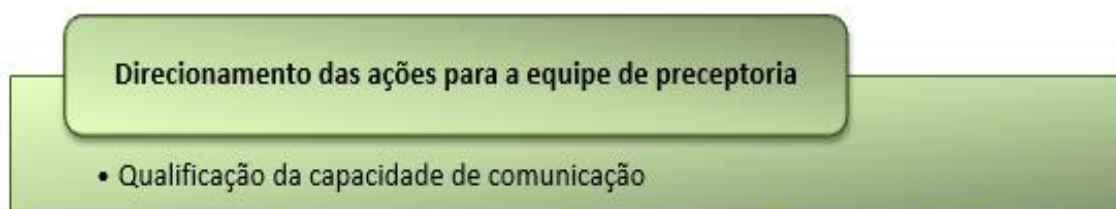
O acúmulo de responsabilidades não educacionais pode acarretar um desgaste do profissional com efeitos negativos no ambiente de trabalho e consequências nos campos mental e emocional (SILVA e HORA, 2020).

**A valorização e reconhecimento do preceptor como educador e profissional do serviço** se caracteriza pelo reconhecimento genuíno da equipe multiprofissional e dos gestores frente ao valor desse profissional. Cabe favorecer a jornada de trabalho do preceptor, ao



compreender a importância tanto da educação em serviço como a do residente, que valoriza essa parceria, e de seus pares. Os residentes ainda parecem conferir mais qualidades aos preceptores que os próprios gestores ou instituição.

A **definição do perfil de competências do preceptor para seleção e exercício da preceptoria** permite uma maior clareza dos profissionais na prática da função e apoia futuros processos seletivos de novos preceptores, baseados em critérios claros que permitam o seu acompanhamento e o seu desenvolvimento. Essa melhoria permite uma maior motivação da equipe, que tem as suas ações valorizadas; reforça a importância da atualização constante, para seguir atuando com os residentes; e, conseqüentemente, gera uma maior satisfação dos residentes com a qualidade do grupo de preceptores.



O **direcionamento das ações para a equipe de preceptoria** refere-se aos planos de melhoria específicos, voltados para as principais fragilidades dos preceptores em suas práticas cotidianas. Essas ações envolvem a profissionalização e a uniformidade do exercício da preceptoria, bem como o alinhamento entre os preceptores, com o propósito de tornar a preceptoria uma prática educativa homogênea e não individualizada e potencializar a capacidade de comunicação.

Todavia, a literatura acena para o fato de que a profissionalização da preceptoria só é possível com a implantação de políticas que incentivem e valorizem a formação acadêmica dos preceptores (AFONSO; SIVEIRA, 2012). A **qualificação da capacidade de comunicação** se relaciona com a fragilidade trazida anteriormente, o que reforça a necessidade de melhoria dessa competência na relação entre preceptores do mesmo setor, entre os cenários e entre os residentes e os preceptores, e destes com os tutores.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, D. H.; SILVEIRA, L. M. C. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da Educação Médica. **Revista HUPE**; v. 11, n. 1, p. 82-86. 10, 2012.

ARAÚJO, T.A.M., *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v.21, n.6, 2017.

BRASIL. Portaria Interministerial Nº 2.117 de 3 de novembro de 2005. **Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União nº 212, Seção 1, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre **Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2012. Seção I, p. 24.

BOTTI, S H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008.

CAVALCANTI, I. L.; SANT'ANA, J. M. B. A preceptoria em um programa de residência multiprofissional em oncologia: carências e dificuldades. **Gestão e Saúde**, v. 5, n. 3, p. pag. 1045-1054, 2014.

CRUZ, R. M. Competências sociais e técnicas dos psicólogos que realizam avaliação psicológica. In: HOFFMANN, M. H.; CRUZ, R. M.; ALCHIERI, J. C. (Orgs.). **Comportamento humano no trânsito**. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 2003.

DUTRA, Joel Souza. **Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna**. São Paulo: **Atlas**, 2004.

FLEURY, MTL.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Revista de Administração Contemporânea**, Edição especial, p. 183-196, 2001.

GONÇALVES, C.D.S., CORRÊA, A.B., SIMON, G., PRADO, M.D., RODRIGUES, J., REIBNITZ, K.S. Integração ensino serviço na voz de profissionais de saúde. **Rev Enferm UFPE**,8(6): 1678-86, 2014.

JUNQUEIRA, S.R; OLIVER, F. C. A preceptoria em saúde em diferentes cenários de prática. **Revista Docência do Ensino Superior**, Belo Horizonte, v. 10, e013483, p. 1-20, 2020. DOI: <https://doi.org/10.35699/22375864.2020.13483>.

MISSAKA H; RIBEIRO V.M.B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica 2007-2009. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v35, n.3, p. 303-310, 2011.

MIYAZATO, H. S. A. **Competências do preceptor enfermeiro: uma análise da percepção de enfermeiros de uma instituição hospitalar privada**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de São Paulo. 2015, 115p.

RIBEIRO, Eliana. Exercício da Preceptoria: Espaço de Desenvolvimento de Práticas de Educação Permanente. **Rev Hosp Univ Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. 1, p. 77-81, 2012.

OLIVEIRA, S. F *et al.* Percepção sobre o Internato de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro pelos Preceptores do Serviço na Atenção Básica: um Estudo de Caso. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. 79-85, Jan. 2017.

SILVA NCF, HORA SS. A Preceptoria na Residência Multiprofissional em Oncologia: entre a Formação em Serviço e a Precarização do Trabalho. **Rev. bras. cancerol.** [Internet], v. 66, n.3, p.e-081132.2020.

TORRES, R. B. S. *et al.* Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. **Interface – Comunicação, saúde e educação**, v. 23, p. e170691, 2019.