FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO NA ÁREA DE SAÚDE

KELLY CRISTINA TORRES LEMES

MODELO LÓGICO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM DO COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO-UPE.

RECIFE
2015

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PARA O ENSINO NA ÁREA DE SAÚDE

KELLY CRISTINA TORRES LEMES

MODELO LÓGICO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM DO COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO-UPE.

Dissertação apresentada em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Mestre em Educaçãoem educação para o ensino na área de saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde

Orientador: Profa. Dr[a]. Luciana M. Andreto

RECIFE
2015

FOLHA DE APROVAÇÃO

FPS
Faculdade Pernambucana de Saúde

Curso: **Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde**

Avaliação de Defesa de Dissertação

Título:

"Modelo lógico para avaliação de desempenho de preceptores da residência de enfermagem do complexo hospitalar da Universidade de Pernambuco-UPE."

Orientador: **Profa. Dra. Luciana Marques Andreto**

Membros da Banca Examinadora:

Profa. Dra. Magaly Bushatsky – UPE
Profa. Dra. Carmina Silva dos Santos – FPS
Profa. Dra. Luciana Marques Andreto - FPS

Analisando o trabalho escrito, a exposição oral e as respostas apresentadas às observações e questionamentos da arguição, a candidata **KELLY CRISTINA TORRES LEMES** foi considerada aprovada.

Recife, 28 de abril de 2015.

magaly Bushatsky
Profa. Dra. Magaly Bushatsky –UPE

Carmina Silva dos Santos
Profa. Dra. Carmina Silva dos Santos – FPS

Luciana M Andreto
Profa. Dra. Luciana Marques Andreto - FPS

KELLY CRISTINA TORRES LEMES

MODELO LÓGICO PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM DO COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO-UPE.

Dissertação apresentada em : 28/ 04/ 2015

Membros da Banca Examinadora:

Profa. Dra. Luciana M. Andreto - FPS

Profa. Dra. Carmina Silva dos Santos- FPS

Profa. Dra. Magaly Bushatsky – UPE

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho...

A Deus por sua misericórdia que oportunizou em minha vida mais uma conquista, guiando os meus passos a cada dia, dando-me sabedoria para esta caminhada.

A minha mãe Francisca Maria de Jesus, por ser exemplo de dedicação, fortaleza, e por rogar sempre por mim em suas orações.

A meus filhos Mateus e Mariana, que mesmo sem compreender direito os momentos de ausências, conformavam-se pacientes e amorosos. Vocês que são tão preciosos e que me faz desfrutar a cada instante um amor incondicional.

Dedico este trabalho ao meu querido esposo, companheiro de todos os momentos e grande incentivador, ***Claudinê Lemes Junior****. Ele merece toda uma dedicatória especial, sem dúvida este trabalho não seria possível sem sua compreensão, paciência, carinho e apoio. A você dedico esta obra.*

AGRADECIMENTOS

À DEUS que me concedeu a graça desse mestrado, com a força do Espírito Santo me dando sabedoria, me iluminando e forças para que eu chegasse até aqui.

Minha sogra e cunhada por tanto terem me ajudado nas minhas ausências com a família, procurando sempre minimizar nas minhas dificuldades em ter que conciliar todas as demandas do mestrado e na atenção aos meus filhos. Amo vocês!

À todos os meus familiares e amigos, que acreditaram na possibilidade desta vitória. Obrigada por me acolherem nos tempos difíceis. Perdão por algum momento de impaciência e por todos os momentos de ausência.

À Prof.ª Dra. Luciana Andreto, minha orientadora pelo apoio, compreensão, simplicidade e sempre disposta a me escutar.

À minha Co-orientadora do coração Profa. Tereza Bezerra, pois me acolheu e sempre disposta a me ajudar.

Aos amigos conquistados durante o curso, que compartilharam suas experiências, ofereceram suas amizades despojadas de toda vaidade, que me deram o prazer de compartilhar momentos felizes ao longo desses anos.

A enfermeira Claudia Lins, que tanto se empenhou e enfrentou todas as burocracias para que eu pudesse cursar o mestrado.

Aos professores, Tutores que durante o curso socializaram o seu conhecimento e mostraram-me o quanto tenho a aprender.

As minhas companheiras de plantão Cleide e Ana Patrícia que tanto compreenderam as minhas ausências no plantão, tranquilizando as minhas angustias...

Aos amigos plantonistas que muito me ajudaram para que as minhas ausências no local de trabalho não sofressem descontinuidade.

A profa. Reneide por sua contribuição com o estudo, disponibilizando seus ensinamentos e instrumentos de trabalho, que muito enriqueceram meus estudos.

A todos os Coordenadores de Residência, preceptores e residentes egressos, que participaram da pesquisa, dedicando parte do seu tempo para contribuir com a pesquisa.

Enfim, a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização desta dissertação, o meu muito obrigado!

FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS PESQUISADORES

Mestrando: Kelly Cristina Torres Lemes
Profissão e ocupação: Enfermeira Coordenadora do Programa de Residência de Enfermagem do Hospital Agamenon Magalhães, e Enfermeira Assistencial do Pronto Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco Professor Luiz Tavares-PROCAPE.
E-mail: kellylemes@ig.com.br

Orientador:
Dra. Luciana Marques Andreto
Profissão e ocupação: Enfermeira Doutora, coordenadora de tutores de enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde- FPS.
Email: lucianandreto@fps.edu.br

RESUMO

Introdução: O preceptor tem sido apontado como fator determinante para o processo de ensino-aprendizagem dos programas de residência em saúde, pois compete a ele transformar as demandas de seu dia-dia de trabalho, num cenário rico de experiências de aprendizagem para o residente. Todavia poucos estudos se desenvolvem no contexto de avaliar as ações dos preceptores em campo de prática no sentido de identificar as fragilidades e fortalezas da preceptoria. Para tal é essencial incentivar uma cultura de avaliação para um contínuo processo de organização e reorganização dos modelos de ensino-aprendizagem que se pretende desenvolver nos cenários. **Objetivo:** validar um modelo lógico para avaliação de desempenho de preceptores de prática da residência de Enfermagem. **Método:** pesquisa avaliativa a partir da construção do modelo lógico e matriz de indicadores. Foi realizada uma busca por artigos publicados nas bases de dados cientificas (*scielo* e *medline)* e no portal de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Capes, no período de 2004 a 2014. Todas as informações coletadas subsidiaram a explicação do problema de acordo com o fluxograma situacional. Para validação do modelo lógico e da matriz foi utilizado à técnica de Grupo Nominal, com especialistas envolvidos com a residência de enfermagem. **Resultados:** A matriz de indicadores foi composta por 43 itens agrupados em quatro componentes: *Formação pedagógica, Regulação e Gestão do trabalho, Estrutura e Processual* que foram avaliados de acordo com o juízo: *indispensável, necessário, ou dispensável*; Para uma melhor análise dos resultados, foi realizada uma abordagem quantitativa para estabelecer o *Ranking* Médio (RM) do grau de concordância dos sujeitos que responderam os questionários com escala tipo Likert de 6 pontos aos indicadores com juízo *indispensável*. Com relação à pertinência do modelo lógico, todos os especialistas reconheceram a necessidade de uma ação planejada e organizada voltado para o preceptor com vistas ao aprimoramento de sua atuação. Dos 43 indicadores, 39 conferiu-se uma validade interna, pois obtiveram um RM acima de 5. **Conclusão:** os indicadores exprimem um conjunto de atributos que farão parte do instrumento avaliativo de desempenho dos preceptores de prática, para qualificação, tomada de decisão e planejamento futuro de ações voltadas à preceptoria. Para o sucesso do modelo lógico aqui proposto recomenda-se adequação do modelo para cada programa assim como repetidas atualizações e aplicações do mesmo.

Descritores: enfermagem, preceptoria; avaliação em saúde; avaliação de programas

ABSTRACT

Introduction: The preceptor has been pointed out as a determinant factor for the teaching-learning process of the residency programs in health, because it takes part in transforming the demands of deriving your day to day work, in a scenario of rich learning experiences for the resident. However, few studies are developed in the context of evaluating the preceptors´ actions in the practice field to identify the weaknesses and strengths of the preceptorship. For this, it is essential to encourage a culture of evaluation for a continuos process of organization and reorganization of the models in the teaching-learning process that intends to be developed in the scenarios. **Objective:** To validate a logical model to evaluate the preceptors´ performance in the practice of the Nursing residency. **Method:** Evaluative research from the construction of the logic model and the matrix indicators. A search was done on scientific databases in published articles (scielo and medline) and the portal on Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Capes, (Coordination Improvement on Superior Education Personnel Thesis - Capes) in the period of 2004 to 2014. All information collected helped to explain the problem according to the flowchart. For the validation of the logical model and the matrix, a Nominal Group technique along with specialists involved in the Nursing residency. **Results:** The matrix indicators were composed by 43 grouped items in four components: *Pedagogical Training, Regulation and Management work, Structure and Procedual* that were evaluated according to the judgment: *indispensable, necessary, or dispensable*; For a better analysis of the results, a quantitative approach was performed to establish the *Mean Ranking* (MR) the agreement degree of the subjects who answered the questionnaires alike the Likert scale of 6 points to indicate the *indispensable* judgment. Regarding to the relevance of the logical model, all the specialists recognized the need for an organized action plan focusing on the preceptor improving views on his/her performance. Of the 43 indicators, 39 gave an internal validitation, because they obtained a MR above 5. **Conclusion:** The indicators expressed a set of attributes that will be part of the evaluative instrument on the preceptors´ performance of practice, the qualification, the decision-making and future action planning focusing on the preceptorship. For the success on the logical model proposed here, an adequacy model for each program is recommened as for repeated upgrades and applications.

Keywords: nursing; preceptorship; health evalution; evaluation programs

.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

ILUSTRAÇÃO I	Elementos do Modelo Lógico.....	31
ILUSTRAÇÃO II	Esquema Metodológico do estudo	34
ILUSTRAÇÃO III	Explicação do Problema	36
ILUSTRAÇÃO I V	Modelo Lógico componente I	47
	Modelo Lógico componente II	48
	Modelo Lógico componente III	48
	Modelo Lógico componente IV	49
ILUSTRAÇÃO V	Tabela 1	50
	Tabela 2.....	51
	Tabela 3.....	52
	Tabela 4	53

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 14
2. REFERENCIAL TEÓRICO 16
2.1 Residência: Uma modalidade de ensino 18
2.2 O Preceptor 20
2.3 Avaliação em saúde 25
2.3.1 Contextualização..... 25
2.3.2 Conceitos e objetivos 27
2.3.3 Avaliação e seus métodos 28
2.3.4 Dos modelos teóricos ao modelo lógico 29
2.3.5 Conceitos, objetivos e Vantagens do Modelo lógico 30
2.3.6 Componentes do ML 31
3. OBJETIVOS 33
3.1 Objetivo Geral 33
3.2 Objetivo Especifico 33
4. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS 34
4.1 Desenho do estudo 34
4.2 Local do estudo 35
4.3 Etapas do estudo 35
4.3.1 Coleta e Análise de Informações 33
4.3.2 Construção do Modelo Lógico e Matriz de Indicadores..... 37
4.3.3 Validação do Modelo Lógico e Matriz de Indicadores 37
4.3.4 Seleção dos Especialistas 38
4.3.5 Etapas da Oficina de Consenso 38
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 40
6. RESULTADOS..... 41
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 59
REFERÊNCIAS..... 60
APÊNDICES 69
ANEXOS 83

Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos, para sabermos o que seremos.

Paulo Freire

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem, desde a década de 70, vem pensando na Residência como um modelo de formação, em decorrência do Plano Nacional de Pós-Graduação instituído pelo Ministério da Educação e Cultura- MEC, com a criação dos programas de pós-graduação em enfermagem, dentre estes a Residência de Enfermagem[1, 2]. Após vários anos de abertura de inúmeros programas de residências em saúde, incluindo a enfermagem, sem devida regulamentação Nacional, foi instituído em 2005 a Residência em Área Profissional da Saúde. Estes programas de residência são considerados curso de pós-graduação (*Lato sensu*) destinado às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica[3].

Os programas de residência no âmbito da Política Nacional de Educação na Saúde são estratégias de formação de recursos humanos para o SUS, que tem como objetivo contribuir para essa capacitação em uma área especifica, nos moldes de treinamento em serviço, ensino e gestão propiciando uma qualificação acadêmica não desvinculada da prática[4]. A residência tem se destacado, portanto, como padrão ouro dos cursos de especializações e aperfeiçoamento, exatamente por dispor de uma carga horária muito maior do que outra modalidade[5]. Pois, é a partir da experiência adquirida na prática que é possível alcançar uma formação mais completa, visto que profissional se aproxima das pessoas que necessitam de cuidados de saúde.

Existem hoje, espalhados no Brasil, diversos programas de residência de enfermagem nas mais variadas áreas de especialidades, proporcionando benefícios para estes profissionais quanto para os serviços de saúde e sociedade, pois oportuniza a formação do especialista devidamente capacitados para atuarem nos serviços de saúde em suas áreas de concentração. Neste cenário, encontram-se os programas de residências de enfermagem do Complexo Hospitalar da Universidade de Pernambuco, cenário que se desvela este estudo.

O complexo Hospitalar da Universidade de Pernambuco integra os seguintes hospitais: Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE) e Centro Integrado Amaury de Medeiros (CISAM). Onde são desenvolvidos os seguintes programas de Residência de Enfermagem: Residência de Enfermagem em Cardiologia- PROCAPE; Residência de Enfermagem em Infectologia e Cancerologia- HUOC e Saúde da Mulher no CISAM, totalizando 04 programas de Residência inseridos neste Complexo Hospitalar.

Dentro das diversas particularidades que envolvem as residências em área profissional de saúde, merecem tecer considerações as que transcorrem em torno de dois

atores principais: o residente e o preceptor. O primeiro é um profissional na qualidade de aprendiz sob a responsabilidade da instituição sede do programa a qual, por sua vez, deve oferecer supervisão direta das atividades desenvolvidas pelo mesmo.[6,7,8]. O segundo é todo aquele que orienta e oferece suporte, que ensina e compartilha experiências e que melhora a competência clínica do recém-graduado a se adaptar ao exercício da profissão[9]. É a partir das interações entre preceptores, residentes e pacientes, dentro de um contexto de formação que se dá o processo de ensino-aprendizagem, onde o preceptor exerce um papel essencial no processo educacional. Ele identifica as oportunidades de aprendizagem e as facilita, faz do seu dia-a-dia uma oportunidade para ensinar e mostrar como se faz ao residente, todavia, essa desenvoltura exige dele atributos técnicos e pedagógicos. [10, 7, 11]

Alguns estudos abordam a preceptoria como fator determinante no processo de ensino-aprendizagem do profissional residente em saúde, pois cabe ao preceptor mediar este processo e para isso, ele necessita ter conhecimentos que vão além dos saberes da prática[12, 13,14]. Necessita ter formação docente para as ações de ensino, dominar os aspectos pedagógicos necessários e poder criar um ambiente educacional. [15]

Incentivar uma cultura de avaliação é imprescindível para um contínuo processo de organização e reorganização dos modelos de ensino-aprendizagem que se quer desenvolver nos programas de residência de enfermagem. A avaliação tem servido como ferramenta de gestão relevante tendo por finalidade, dentre inúmeras, a de gerar informações validadas, auxiliar no planejamento e elaboração de uma intervenção, determinar a validade de programas em relação a sua capacidade de gerar resultados. [16,17]

A avaliação pode ser definida "*como um julgamento sobre intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisão"*[18]. E a partir desse julgamento adotar medidas capazes de gerar informações suficientes, relevantes, válidas e legítimas com o objetivo de apoiar um juízo sobre o mérito, para que os interessados estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção, a fim de contribuir individualmente ou coletivamente um julgamento que traduza em ações.[19, 20]

Uma intervenção, qualquer que seja, pode ser objeto de dois tipos de avaliação: normativa ou a pesquisa avaliativa. A normativa busca apreciar cada um dos componentes da intervenção em função de critérios e normas, verificação de conformidade dos componentes da intervenção, comparando recursos empregados e sua estrutura, os serviços ou os bens produzidos. A avaliativa, por sua vez, depende de um procedimento científico, a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada[21].

Ambas avançam na perspectiva analítica, mais relacionada entre o problema, intervenção, objetivos da intervenção, recursos, atividades, efeitos e contexto no qual a intervenção encontra-se inserida[22, 23]. Portanto, para se avaliar uma intervenção devem-se escolher as abordagens e os métodos e este deve ser o mais viável possível considerando a disponibilidade de tempo e recursos para que o processo avaliativo seja oportuno. Um dos métodos para avaliação de programas ou intervenção pode ser descrito como modelo lógico. Para tanto é necessário articular uma explícita descrição das ideias, hipóteses e expectativas que constituem a estrutura de um programa.[24]

O modelo Lógico é um passo essencial na organização das atividades de avaliação e consiste em uma representação esquemática da teoria e da operacionalização do programa, considerando a sequência lógica dos eventos. Para sua elaboração torna-se necessário ter clareza do problema, do contexto que o envolve e dos componentes essenciais do programa.[22] Relaciona os resultados (a curto e longo prazo), as atividades, os pressupostos teóricos e os princípios do programa, representando assim a teoria do programa. Também serve para embasar de maneira tangível um relato do desempenho de programas, identificando onde está o problema, a forma de enfrenta-los e de maneira concebível mensurar os resultados. [25]

Todavia, apesar de pesquisas tratarem sobre essas questões da preceptoria, poucos estudos se desenvolvem no contexto de avaliar as ações dos preceptores no campo de prática ou quais instrumentos avaliativos são trabalhados para identificar as fragilidades e fortalezas da preceptoria com vistas para alcance de resultados. O que acontece muitas vezes é a invisibilidade da padronização das atividades da preceptoria, realçando a dificuldade de perceber a fronteira entre o trabalho prescrito e o trabalho realizado. Decorrendo assim o questionamento: quais critérios, elementos e questões são importantes para compor um instrumento avaliativo que possa ser utilizado para avaliar as ações, desempenho do preceptor? E a partir daí, portanto desenvolver um plano de avaliação com objetivos claros, recursos necessários e resultados que possam ser mensuráveis.

Para tanto este estudo foi formulado com a intenção de responder à indagação: de que maneira está sendo avaliada a preceptoria de prática clínica no programas de residência de enfermagem do complexo Hospitalar da Universidade de Pernambuco-UPE? Nesse campo de avaliação da preceptoria de enfermagem, pouco se tem avançado ou mesmo estudado, não se encontrou na literatura brasileira instrumento avaliativo para responder a tal

questionamento. Assim sendo, se optou no atual estudo, pela construção de uma ferramenta avaliativa a partir do modelo lógico que possa responder a essa indagação.

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 RESIDÊNCIA: UMA MODALIDADE DE ENSINO-APRENDIZAGEM

A residência é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*, fortemente voltada para a formação em serviço, destinada as categorias profissionais que integram a área de saúde, com dedicação exclusiva, sob orientação e supervisão de profissionais capacitados[26, 27].

Os cursos no formato de Residência em Enfermagem são oferecidos no Brasil desde a década 1970,[6] têm sido ao longo dos anos, foco de discussão e interesse de organizações de saúde, IES (instituições de Ensino superior), associação de classes como ABEn (Associação Brasileira de Enfermagem) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) devido a importância de garantir a formação de especialistas que atendam às necessidades de saúde local, regional e nacional.[28, 4]

A origem da modalidade de ensino denominada Residência está ligada ao significado de moradia, pois, historicamente, um dos requisitos básicos aos candidatos ao curso era o de residir na instituição onde se desenvolvia o programa de educação em serviço, e os alunos deveriam estar à disposição do hospital em tempo integral. Atualmente, esta premissa não se faz mais necessário, mas um dos critérios ainda requerido aos alunos segue sendo a dedicação integral. [29,30]

Sob a influência da residência médica, em 1961, surge à primeira residência de enfermagem no Brasil, denominado de Programa de Aperfeiçoamento para enfermeiros em Pediatria, no Hospital Infantil do Morumbi São Paulo, que teve como objetivo complementar a formação do enfermeiro recém-graduado. Ainda que sem legalização para sua existência, houve grande expansão destes cursos pelo país. [31]

Diante do aumento célere dos cursos de Residência, a Comissão de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), promoveu em 1978, na cidade do Rio de Janeiro, o Seminário sobre Residência de Enfermagem, considerado o marco das discussões em torno da especialização sob forma de Residência, cujas "recomendações", alertam para a inexistência de consenso sobre o assunto e propõem normas para a implementação dessa modalidade [6].

Várias foram às discussões que aconteceram no formato de seminários, fóruns e Congressos sobre a residência, compilando em propostas para o esboço de um curso de Pós-graduação Especialização "lato sensu" destinado a enfermeiros, sob a responsabilidade de Instituição de Ensino Superior de Enfermagem ou Instituto de Pesquisa, público ou privado,

e que o curso fosse dominantemente prático com atividades que integrasse a assistência, a gerência o ensino e a pesquisa, desenvolvidos em tempo integral com supervisão contínua[6].

Assim todo esse fomento impulsionou à aprovação da resolução COFEN-259/2001[32], que concede o título de especialista aos profissionais enfermeiros egressos dos Programas de Residência em Enfermagem que cumpram minimamente o que determina tal Resolução.[2] Ainda com a intenção de melhorar a regulamentação dos Programas de Residência Nacional, o COFEN aprovou o Regimento Interno da Comissão Nacional de Residência em Enfermagem (CONARENF) com a finalidade de orientar e estabelecer normas para o efetivo cumprimento da mesma. [2] Em relação aos recursos humanos, o Curso deve possuir corpo docente e/ou técnico-profissional de Enfermeiros com titulação profissional ou acadêmica reconhecida; o Coordenador Geral dos Programas de Residência em Enfermagem deverá possuir no mínimo o título de Mestre. Os preceptores, responsáveis pelo acompanhamento do treinamento em serviço, devem possuir no mínimo o título de Especialista; caso não haja número suficiente, poderão participar Enfermeiros de alta competência e experiência comprovadas nas áreas específicas. [33]

Contudo o Ministério da Saúde e Educação também vem apoiando essa modalidade de ensino em serviço não outrora aos empenhos das entidades de classes ou conselhos. Em Junho de 2005, através da *Lei nº 11.129,* fica regulamentada a Residência em Área profissional da Saúde, exceto médica, voltada para a educação em serviço, desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde.[34] A partir desta lei, surge várias portarias e resoluções para subsidiar e regular as residências profissional na área da saúde.

Em 2007 fica instituída a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS) em Saúde, órgão deliberativo de caráter colegiado, que tem como propósito credenciar, acreditar, avaliar e supervisionar os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, como também responsável por instituir diretrizes gerais para a operacionalização dos mesmos, em âmbito nacional. Portanto, a CNRMS determina que cada instituição que oferece os programas são responsáveis pela organização do Projeto Pedagógico - PP dos respectivos programas de pós-graduação, em consonância com a legislação vigente[35].

Com relação ao desenvolvimento da estrutura e funções envolvidas tanto na implementação dos PP como no seguimento dos programas, são encaminhados pela

coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional - COREMU, coordenação de programa, Núcleo Docente-Assistencial Estruturante - NDAE, docentes, tutores, preceptores e profissionais da saúde residentes. O NDAE é composto pelo Coordenador do Programa, representante dos tutores, preceptores, profissionais de saúde residentes e dos serviços aos quais cada Programa de Residência está vinculado[35].

Portanto, os programas de residência servem para complementar a lacuna existente na formação durante a graduação, tendo em vista as deficiências apresentadas na formação inicial. A de enfermagem possibilita um crescimento profissional não apenas aos residentes, mas também paro o serviço que os recebe, incentivando a reflexão sobre a prática desenvolvida e as possibilidades para mudá-las. [28]

Portanto as residências em saúde, de maneira geral, foram pensadas inicialmente para "especializar" profissionais, em treinamento intensivo em serviço, de maneira a desenvolver habilidades profissionais, capacitando-os para atuarem em problemas específicos da saúde da população. Nesse sentido, exigem dedicação e supervisão de profissionais mais experientes e treinados na formação de outros novos profissionais. Torna-se fundamental garantir a qualidade do ensino-aprendizagem, o exercício da interdisciplinaridade. Nesse sentido, é fundamental analisar o papel do preceptor na residência e sua implicação em todo o processo. [5]

2.2 O PRECEPTOR

Vários são os conceitos encontrados na literatura para o termo preceptor e alguns deles não são bem claros, com várias interpretações. O nome vem do latim *praaecípio*, que significa "mandar com império aos que lhe são inferiores"[12]. E era aplicado aos mestres das ordens militares, mas, desde o século 16 (já aparece com este sentido em 1540) é usada para designar aquele que dá preceitos ou instruções, como também sendo um educador, mentor, instrutor[14].

Desde os tempos mais antigos já se adotava a preceptoria como prática de oferecer aprendizado ao seu aprendiz, não com essa denominação, mas desempenhando as funções como tal.[14] Os nobres contratavam preceptores para a educação de seus filhos e esses preceptores eram pessoas de notório saber, verdadeiros sábios, provenientes de diversos países da Europa, que tinham a incumbência de educar os filhos daquelas famílias[36].

Para Ribeiro e Prado[37], o preceptor é o profissional que participa do processo de formação em saúde ao articular a prática ao conhecimento científico. Para Mills, "*é aquele profissional experiente, que não é da academia, que ensina, orienta, supervisiona e serve como um modelo para um estudante da graduação ou da pós-graduação, por um determinado período de tempo"*. [38]

O preceptor deve ser qualificado, experiente e competente, que atua dentro do seu ambiente de trabalho, agindo como um facilitador para o aprendizado, identifica as oportunidades educativas que a assistência oferece, a fim de permitir que os estudantes reflitam sobre sua prática no contexto clínico[39,40]

Na esfera nacional conforme textos oficiais, o preceptor tem como caracteristicas; supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, formação mínima de especialista, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática[41].

É importante destacar que, dependendo da profissão e do cenário de aprendizagem, há diversas possibilidades de vínculos do preceptor, porque alguns exercem essa função no trabalho com estudantes de graduação e com residentes; alguns são contratados especificamente para serem preceptores, enquanto outros têm seu vínculo no serviço e concomitantemente desenvolvem este papel.[42]

O trabalho de preceptoria envolve um ensino individualizado ou em pequenos grupos de alunos, com uma supervisão direta, auxiliando para aquisição crescente do conhecimento, na conquista de algumas habilidades específicas em cada área de atuação, contribuindo na formação moral e ética, estimulando-os a atuarem no processo saúde-doença-cuidado, em seus diferentes níveis de atenção .[8, 36]

De acordo com algumas autoras canadenses[43, 44], a preceptoria tem sido consistentemente reconhecida na literatura, como uma estratégia para maximizar os benefícios do ensino de enfermagem clínica, em termos de aquisição de conhecimento e habilidade, confiança, e facilitadora da transição de estudante para a vida profissional, visto que além de receberem graduandos, também recebem profissionais recém-formados que vivenciam, concomitantemente, os sentimentos de ser um profissional e ao mesmo tempo um estudante.

Observa-se em vários estudos, algumas características que são constantemente ressaltadas do preceptor frente ao residente, como; mediador do conhecimento, *experts*,

responsável por ensinar ao aluno executar a prática com primazia, modelo de profissional ético e competente, profissional que mostra o caminho, estimula o raciocínio clínico e a postura ativa do discente, planeja e monitora o processo de aprendizagem, analisando as atividades e as competências desenvolvidas pelo aluno.[44-46]

A importancia de se ter claramente a compreensão da função do preceptor é essencial visto que, na maioria da vezes, ele também é o profissional que exerce seu trabalho no mesmo serviço que recebe o residente, e para tanto é fundamental diferenciar daquele profissional que não assume tal exercicio. Segundo Edwards,[47] *"A execução de ambas as funções (assistenciais e educacionais), só podem e só tem lugar, na formação profissional, se ocorrerem conjuntamente, definindo a função de preceptor"*. As atividades desenvolvidas pelos preceptores são classificadas em quatro categorias: assistencial, administrativa, docência e institucional[48].

Portanto percebe-se a complexidade do ser *preceptor* com suas peculiaridades, subjetividade, dentro de um contexto multifacetado, pois, como diz Feuerwerker [49] "*É na preceptoria que acontece a aprendizagem em ato, tão fundamental, desenvolvida pelo trabalho ao vivo, nos estágios e nas práticas em diferentes cenários, e a complexidade da atuação do preceptor é tão grande"*.

O preceptor precisa alistar saberes e estratégias que lhe permitam conduzir os processos educacionais, necessita fazer uma imersão no universo das práticas pedagógicas, pois não basta dominar o conhecimento especializado de sua prática, é preciso ter a competência em ensinar de maneira que o aprendizado seja efetivo, concreto e duradouro, de modo que o residente adquira as competências e habilidades para cada área.[50,51, 10,37]

De um modo geral, os atributos para uma boa atuação como preceptor englobam: 1- Ter responsabilidade profissional: assiduidade, pontualidade, comprometimento, disponibilidade, participação ativa; 2- Ser acessível, incentivador, ter flexibilidade e estimular o residente para resolver os principais problemas de saúde; 3- Possuir conhecimentos técnico, teórico e prático amplos, profundos e atualizados; 4- Ter compromisso com a função, demonstrando disponibilidade, organização, disciplina e disposição para uma melhoria contínua do residente; 5- Ter capacidade didática para transmissão dos conhecimentos e comunicar-se de maneira clara; 6- Desenvolver boa relação com residentes, com paciência, respeito, ética e, acima de tudo, ser um bom exemplo da capacidade de relacionamento com o paciente, sua família e com a equipe de saúde; 7-

Saber utilizar técnicas de *feedback* para promover o desenvolvimento do residente; 8- capacidade de promover discussões de casos e reuniões clínicas[52,15].

Na esfera educacional, o conceito de competência assume papel central a partir da Lei nº 9394/96, Lei de Diretrizes Básicas da Educação Nacional – LDB –, onde competência profissional é apreendida como *"a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades, necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do* trabalho.[53, 54]

A competência do enfermeiro(a) preceptor no que se refere a residência de enfermagem, Maeda, [36] traz uma reflexão bastante pertinente :

> *A competência na preceptoria no Curso de Residência pode ser visualizada como elemento do próprio trabalho; como um instrumento de trabalho; como um meio de trabalho, através do qual as enfermeiras preceptoras contribuem para a transformação da realidade concreta das residentes e do conhecimento teórico adquirido nas organizações formativas. Agindo e reagindo às adversidades do seu trabalho, buscando transpor as dificuldades, utilizando-se dos recursos disponíveis dentro do contexto organizacional e na mobilização dos seus saberes para atuarem na busca da qualidade das práticas de preceptoria (Maeda, 2006, p.46)*

Para tanto todas as competências que são imputadas ao preceptor, podem ser agrupadas, dentro das dimensões referenciadas por Maeda[36] conforme a classificação de Bunk[55] :

Competência Técnica: Ter habilidades nos conteúdos do campo de trabalho.

Competência Social: Ter habilidades de comunicação.

Competência Metodológica: Habilidades em saber empregar as tarefas encomendadas.

Competência Participativa: Capaz de organizar, decidir e aceitar responsabilidades.

Vários são os estudos que destacam a necessidade de uma formação pedagógica para o exercício da preceptoria, esta deve ser vista como fator determinante, pelas instituições acadêmicas de ensino em saúde como também pelos serviços o qual o preceptor está vinculado, para o sucesso profissional.[51,48,15]. Deve ser oferecido a oportunidade da vivência pedagógica e didática, através de uma base fundamentada para desenvolver as competências para o ensino. [56]

Na prática, entretanto, observa-se um cenário contrario; preceptores exercendo de forma amadora, pois dominam os saberes profissionais, o que é essencial para qualquer tipo de formação, porém sem domínio dos saberes pedagógicos, os quais são necessários para os diferentes processos de ensino-aprendizagem e as diferentes modalidades de avaliação. [15]

Atuando de maneira intuitiva reproduzem modelos de formação pelos quais passaram quando alunos, confundindo transmissão de informação com ensino.[57]

A preceptoria no Brasil ainda passa por vários outros problemas, que abrangem questões relacionadas ao trabalho cotidiano, que vão desde espaço e estrutura física inadequada à falta de equipamentos e materiais necessários ao exercício da preceptoria, como também problemas enfrentados ligados a gestão e a instituição formadora. [57, 58]

Fajardo e Ceccim [59] abordam outro problema enfrentado pelo preceptor que é o da insegurança para o exercício da função, por não ter apoio psicopedagógico por parte da Instituição e por sentir despreparados para orientação de pesquisas junto ao residente.

Um grande problema enfrentado na preceptoria e considerado como causa-base para os demais problemas, e que uma vez sanado, contribuiria de forma decisiva para a solução dos demais outros problemas, é o fato da inexistência de regulamentação para o exercício da preceptoria. Fato que contribui para negligenciarem os direitos e deveres do preceptor, normas referentes a questões de carga horária, vínculos e avaliação [60-62].

Rocha [63] aponta uma reflexão crítica no tocante a regulamentação, quando diz: "*a institucionalização é fundamental, nem todos os profissionais têm vontade ou perfil para ser preceptor; logo, deixar claro quem tem essa função, definido bem o papel dentro da instituição facilitaria muito o trabalho e qualificaria o ensino"(2012, p. 80)*

Outro fator preocupante diz respeito à falta de critérios para escolha dos preceptores, muitos estão nesta função por imposição, sem motivação e sem o perfil adequado para assumir importante papel. Tal fato corrobora com depoimentos de preceptores coletado por Imbelloni [64].

> (...) nunca me chamaram para saber como é que era essa unidade e nem para me repassar o plano pedagógico com os objetivos de aprendizagem dos residentes, e se eu estava preparada para receber um residente, além de um tutor que questionou. Não houve critério para escolha do preceptor, e sim, a unidade foi indicada para campo de treinamento (Imbelloni, 2012, p71)

A seleção de profissionais para a preceptoria merece atenção, pois sem a devida instituição de critérios para essa escolha, são indicados os profissionais pela sua lotação, sem levar em conta a formação do profissional, suas preferências ou domínios, aptidões ou interesses, sua experiência profissional e pedagógica [36,37] .

Apesar do interesse governamental, não existe política para avaliação do preceptor que se traduza em plano de formação, identificação do perfil de quem atua na função de preceptoria, articulação dos serviços com as instituições formadoras [57-59].

Experiências de instituições fora do país revelam que os candidatos à função da preceptoria reconhecem como positivo ser designado oficialmente instrutor clínico, passando a participar de programa de desenvolvimento docente e dispor de apoio psicopedagógico individual para a função. Evidentemente, a remuneração financeira precisa ser considerada, sendo defensável a agregação de valor para aquele que executa a função de preceptor.[39, 45]

A exemplo de alguns Estados que buscam valorizar e /ou reconhecer o preceptor em seus quadros com leis no âmbito estadual, a exemplo de São Paulo, Bahia, Acre e Rondônia.[65-67] Essas iniciativas estaduais evidenciam, de um lado, o reconhecimento da necessidade de normatizar esta importante atividade e, de outro, a heterogeneidade das medidas tomadas neste sentido.

É imperativo ressaltar que todo esse contexto explanado da preceptoria depara-se, entre tantos fatores, na quase inexistência de avaliação da própria preceptoria. A avaliação é uma oportunidade que se oferece de análise de processos em curso, apresentando para o avaliado a medida de acerto e erro de seu trabalho, possibilitando planejamento dos caminhos a serem galgados, tendo por meta o objetivo inicialmente traçado[53].

2.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

2.3.1 Contextualização

Para bem compreender a diversidade e a riqueza do campo da avaliação nos tempos atuais, é fundamental relatar sua história, pois a avaliação não surgiu de um momento para o outro, mas é o resultado do desenvolvimento de um processo de construção e reconstrução sob várias influências.

A necessidade de avaliar os programas, principalmente públicos decorreu logo após a Segunda Guerra Mundial levando a criação de novos métodos de avaliação, em detrimento da pressão das autoridades do governo e políticos, na aplicação de técnicas de "gerenciamento científico" que vinham sendo empregados pelos militares e pela indústria americana[68]. No final da década de 1950 a avaliação estava sendo exercida tanto pelos países do primeiro mundo como pelos menos desenvolvidos. [68,69]

A avaliação se entendida como um julgamento para a determinação de valor e tomada de decisão, é uma atividade tão antiga quanto o mundo e inerente ao próprio

processo de aprendizagem, pois a todo o momento tomamos decisões que dependem das avaliações que fazemos sobre cada situação que vivemos[70].

Guba e Lincoln[71] dividem a história da avaliação em quatro gerações e a passagem de um estágio para o outro se fez por meio do desenvolvimento dos conceitos e a acumulação dos conhecimentos.[69]

A *primeira geração* da avaliação conhecida como *mensuração,* entre as décadas de 1910 e 1930, é marcada pela mensuração através de testes escolares à construção e aplicação de instrumentos de medidas, tendo origem nas medições de coeficiente de inteligência para as crianças e determinação do progresso escolar[69]. A *segunda geração* de avaliação, marcada pela publicação de Ralph Tyler em 1942, foi denominada *descrição,* em que o enfoque estava na descrição do processo, e não somente na medida dos resultados, como na geração anterior. [69; 72] A *terceira geração* da avaliação de 1960 a 1990 passou a ser identificada como *Julgamento*, o avaliador assumia o papel de juiz, descreve, mede e estabelece os méritos do programa avaliado. [69; 72] A *quarta geração,* denominada *negociação,* começa a se manifestar na década de 1980 e ganha forma com a publicação de Guba e Lincoln em 1989.[71] È designado pelos formuladores como avaliação construtivista. Trata-se de uma avaliação responsiva, em que as reivindicações, preocupações e questões dos diversos interessados servem como foco organizacional. [73,72,20]

Alkin[73] procurando apresentar a origem das teórias para a avaliação comparou a um desenho de uma árvore para descrever os ramos das teorias de avaliação, dividindo-os em: Métodos (Methods), Usos (Use) e Valores (Valuing), e em cada ramo os nomes dos teóricos que defendiam concebiam os conceitos.

Surge, portanto, a avaliação como pesquisa, guiada por *Métodos,* a ênfase está no desenho metodológico, visa a generalizações ou à construção de conhecimento.[74, 75]

O ramo denominado *Valor,* os teóricos valorizavam que o papel fundamental do avaliador é o julgamento de valor, é atribuir valor ao dado, inicialmente como uma atribuição sua e depois como uma responsabilidade compartilhada com outros interessados no programa e avaliação (*stakeholders*).[74]

Os teóricos do ramo do *Uso* da avaliação, que começa a crescer com referencias às "*teorias orientadas para decisão",* cujo pioneiro foi Daniel Stufflebeam. Estabelece que o papel mais essencial e vital do avaliador é o de atribuir valor aos dados[22].

Hoje a avaliação vem sendo vista numa perspectiva interdisciplinar, onde novas metodologias estão sendo desenvolvidas com o objetivo não apenas de demonstrar a efetividade e os resultados de uma intervenção, mas de servir como dispositivo para produzir informações que traduza em possibilidades de intervenção que subsidiem o avaliador na tomada de decisão.[68]

2.3.2 Conceitos, Objetivos

As definições sobre avaliação são numerosas e as diversidades dos conceitos traduz a evolução das diferentes concepções da evolução cronológica que foi já descrita anteriormente. A avaliação como instrumento constitui um dos melhores mecanismos para responder às necessidades de informação dos decisores, que devem justificar suas escolhas para públicos cada vez mais exigentes. [76]

Contandriopoulos et al[70]., em relação a essa diversidade conceitual e metodológica, afirmam que:

> *não é possível estabelecer uma definição absoluta e universal da avaliação, mas definem, como objeto de um amplo consenso, o fato de que avaliar consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões* [70]

.

Patton[77] define Avaliação da seguinte forma:

> *A avaliação dos programas consiste na coleta sistemática de informação sobre as atividades, as características e os resultados desses programas a fim de emitir julgamentos sobre eles, melhorar sua eficácia e esclarecer as decisões relacionadas a novos programas.*

Donabedian[78] conceitua avaliação como "*um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos*". É um processo organizativo que visa tanto melhorar as atividades que já vem sendo desenvolvidas bem como planejar o futuro e orientar a tomada de decisões. [79]

A avaliação segundo Champagne et al.[80] é:

> *é fundamentalmente emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, a partir de dispositivos que forneçam informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção, com o objetivo de conferir um aparelhamento qualificado aos diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, para que estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção a fim de construir individual ou coletivamente um julgamento que se traduza em ação.*[80]

Aguilar &Ander-Egg[79] enfatizam que avaliação não deve ser confundida com Seguimento/Monitoração, pois a avaliação implica em um extensivo processo de analise que mediante um conjunto de atividades, seleciona, sistematiza, mede e analisa uma série de informações que evidencia como as atividades estão sendo desenvolvidas.

2.3.3 Avaliação e seus métodos

A necessidade de elaborar modelos e métodos científicos para avaliar programas sociais é gradativamente uma prática requisitada para melhoria da qualidade dos seus serviços. Não se tinha a cultura de avaliar os resultados das intervenções como também analisar a correlação existente entre o grau de implantação de um programa e os efeitos observados[81].

Para tanto Novaes[82] reuniu critérios selecionados a partir de diversos teóricos, apresentados a seguir.

1. Objetivo da avaliação: Fornecer informações para ajudar no planejamento e elaboração de uma intervenção[83, 17, 77].

2. Posição do avaliador: Quanto ao vínculo do avaliador à instituição executora (objeto avaliado) pode ser avaliador externo, interno ou ambos. E por fim quando os avaliadores são as próprias pessoas implicadas na execução ou realização do programa é realizada uma *auto avaliação*[82].

3. Metodologia predominante: quantitativa ou qualitativa, situacional ou experimental/quase experimental.

4. **Temporalidade da avaliação:** Avaliação ***ex-ante*** é realizada anteriormente ao programa, antecipando fatores que influirão sobre ele, ***ex-post*** ocorre quando o projeto está sendo executado ou quando já está concluído.[84]

Assim ao propor um estudo avaliativo, várias perguntas emergem: o que e Como Avaliar? Qual abordagem metodológica é mais adequada? Qual o método de coleta de dados? Entretanto os métodos, abordagens ou estratégias metodológicas não são específicos e estão na dependência do objeto a ser avaliado, dos objetivos, dimensões de análise e dos tipos ou tipologia da avaliação.

Conforme assinala Pinto[85]

> *não há uma pergunta-chave ou um caminho metodológico padrão por trás de toda a avaliação de programas sociais, pois não existe uma verdade única na esfera dos fenômenos sociais. (...) Dependendo do postulado teórico assumido, encaminhar-se-á em uma ou outra direção e se selecionarão algumas dimensões para análise, em detrimento de outras. (...) O que torna científica uma avaliação*

> *não é a descoberta de uma única verdade, e sim, o esforço para verificar observações e validar o seu significado ou seus diferentes significados.*

É preciso ter a clareza do que se pretende avaliar sobre uma intervenção ou um programa, nem esquecer a característica principal da avaliação de programas, que é seu caráter prático, tendo em vista que uma de suas funções é favorecer o aprendizado individual e coletivo. O avaliador deve fazer o papel de agente facilitador e de pedagogo, na utilização dos resultados [86,87].

E por intervenção pode ser compreendida como um sistema organizado de ação que visa, em um determinado ambiente e durante um determinado tempo, a alterar o percurso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática. Caracteriza-se por cinco componentes: Objetivos; recurso: serviços, bens ou atividades; efeitos e contexto preciso em um dado momento. [20]

Uma intervenção qualquer que seja, a partir do julgamento feito, pode ser objeto de dois tipos de avaliação: *avaliação normativa ou a pesquisa avaliativa*.

A avaliação normativa busca estudar cada um dos componentes da intervenção comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, a partir de critérios e normas estabelecidas [20,88].

A pesquisa avaliativa, visar analisar através de métodos científicos válidos e reconhecidos, o grau de "adequação" (a exatidão do vínculo) entre os diferentes componentes de uma intervenção. Mais especificamente, tem por objetivo avaliar e compreender a pertinência da relação de causalidade entre o problema, a intervenção, os objetivos da intervenção, os recursos, as atividades, os efeitos e o contexto no qual a intervenção encontra-se inserida. [72]

2.3.4 Dos modelos teóricos ao Modelo Lógico

A partir da necessidade da administração pública em avaliar os efeitos de suas intervenções, surgiu a partir dos anos 80, nos países desenvolvidos, os modelos teóricos, popularmente conhecidos como modelo lógico. Este modelo passou a ser uma exigência governamental, na construção de instrumentos de avaliação que auxiliassem os avaliadores na avaliação de programas, seja de implantação, de processo ou de resultados.[89, 68]

A construção de um modelo teórico pode originar-se de fontes teóricas, a partir de pesquisas preliminares ou da experiência de avaliadores e gestores. Este modelo descreve

teoricamente em um quadro, como o programa deve funcionar através de uma síntese de seus principais componentes. Permite também mostrar a infraestrutura necessária para a operacionalização do programa.[90]

A necessidade de utilização de modelos teóricos, na construção de um instrumento de avaliação que auxilie os avaliadores na emissão de juízo de um programa, seja de implantação, de processo ou de resultados é fator crucial, pois do contrário se restringirá apenas a presença ou ausência de uma intervenção e os efeitos a ela atribuídos, não considerando as atividades e a operacionalização das mesmas.[91] Segundo Medina et.al, *o desenho do modelo lógico é o primeiro passo no planejamento de uma avaliação*. [92]

2.3.5 Conceitos, objetivos e Vantagens do Modelo lógico

O Modelo Lógico (ML) é uma ferramenta que busca retratar e esclarecer a teoria de um programa e seus principais componentes de maneira esquemática e como este deve funcionar, de maneira factível, oferecendo uma oportunidade para discussão entre as partes interessadas sobre o programa. [93,94, 95]

> *É uma forma sistemática e visual para apresentar e compartilhar sua compreensão das relações entre os recursos que você tem para operar o programa, as atividades que você planeja, e as mudanças ou resultados que você espera alcançar.*[93]

O modelo lógico é uma ferramenta versátil que pode sustentar muitas atividades de gestão que tem como objetivos[94]:

A) Planejamento de Programas: O modelo lógico é uma ferramenta valiosa para o planejamento de programas e desenvolvimento. A estrutura do ML atua como estratégia para ajudar a esclarecer onde o programa está e onde quer estar.

B) Gestão de Programas: Por "conectar os pontos" entre os recursos, atividades e resultados. Ele pode servir como base para a criação de orçamentos e planos de trabalho.

C) Comunicação: Um ML bem construído é uma poderosa ferramenta de comunicação. Mostra aos interessados um resumo das atividades do programa e os resultados, destacando a relação entre os dois.

D) Construção de Consenso: O desenvolvimento de um ML constrói o entendimento comum e aceitação de ambas as partes interessadas internas e externas sobre o que um programa é, como funciona, e o que ele está tentando alcançar.

E) Captação de recursos: Apresenta aos financiadores qual o propósito do programa propositadamente, o que espera alcançar, e os recursos que necessários para realizar o trabalho.

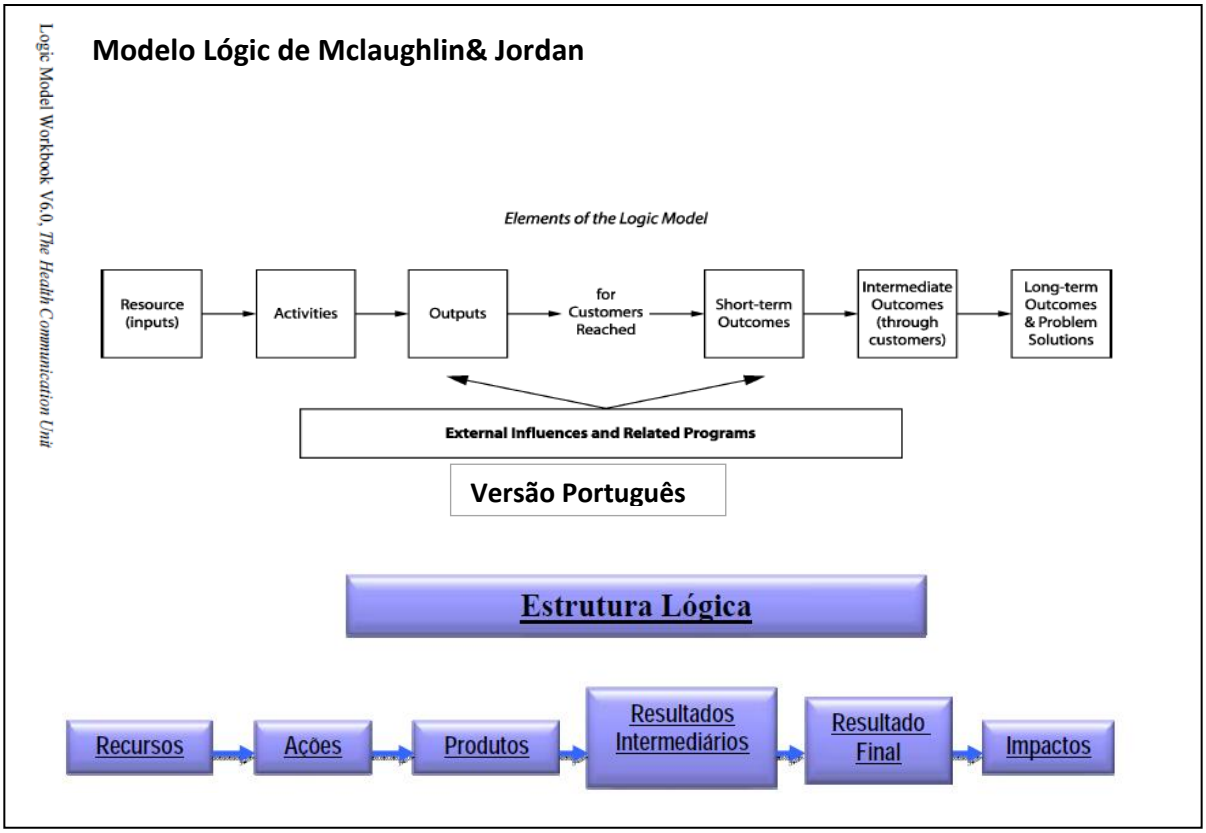
Várias são as vantagens na utilização do ML: 1. Possibilita explicitar os vínculos entre uma intervenção e seus efeitos; *2.* Documenta o estado de um programa através da conceitualização dos vínculos entre as estruturas, os processos e resultados; *3.* Direciona as atividades de avaliação do programa ao identificar as questões avaliativas; *4.*Constitui ferramenta de comunicação, promove o diálogo sobre o programa entre os envolvidos. [96, 97]

Os ML por se tratarem de diagramas que representam de forma resumida a teoria de um programa, apresentando de forma clara a relações entre seus componentes.

2.3.6 Componentes do ML

Há uma variedade de formatos na construção do ML, não havendo, uma forma certa, errada ou única para sua construção, todos contêm os mesmos conceitos fundamentais[94]. A escolha deve ser realizada baseada na melhor maneira que se encaixa para o programa em razão da informação que precisa passar. [93] A seguir o diagrama abaixo proposto pela fundação Kellogg [93]e a versão em português apresentado pelo IPEA

Figura 1: Elementos do Modelo Lógico



Os componentes contemplados no modelo lógico (ML) são descritos a seguir a partir de diversos autores [93-95] que abordam os seguintes elementos:

1. **Objetivos**– O objetivo geral (relativo ao programa) e os objetivos específicos (relativos aos componentes ou sub-componentes). Expressa a mudança que se pretende alcançar, o que se pretende medir na intervenção ou programa
2. **Recursos/ Insumos** – recursos físicos, materiais, financeiros e humanos necessários para o desenvolvimento das atividades e atingir os objetivos e resultados pretendidos.
3. **Atividades ou Ações** – São ações necessárias para implementar o programa com os recursos a fim de alcançar os resultados e, em última análise, o objetivo.
4. **Produtos** – Bem ou serviço concreto, mensuráveis, resultante direto e imediatas da realização das atividades.
5. **Resultados** – mudanças que o programa pretende alcançar, em curto prazo (resultados diretos do programa) e a médio e longo prazo (consequências do programa no seu contexto), é também reconhecido como impacto.

Todavia o primeiro passo na elaboração de um modelo lógico é ter claramente a definição do problema com o enunciado e explicação. A declaração do problema deve esclarecer brevemente o que precisa mudar, por que há necessidade de uma intervenção e a declaração problema deverá responder à pergunta: "Que problema está sendo trabalhado para resolver"? [94,97]

Ao se definir qual é o problema a ser enfrentado pelo programa, o objetivo geral é mais facilmente identificado, expresso pela mudança da situação do problema.

Em síntese, pode se dizer que a avaliação é formada de modelos lógicos que possuem: descrição de problemas, análise e julgamento de valor sobre uma intervenção. Este julgamento não se baseia apenas na realização de uma avaliação normativa que utiliza critérios e normas, mas principalmente é resultante de uma pesquisa avaliativa, que adota métodos científicos para a tomada de decisões.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Construir e validar um modelo lógico para avaliação de desempenho de preceptores de prática clínica da residência de enfermagem do Complexo Hospitalar da Universidade de Pernambuco.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir o modelo lógico dos Programas de Residência em Enfermagem do Complexo Hospitalar da Universidade de Pernambuco;
- Elaborar a matriz de indicadores dos programas;
- Validar o modelo Lógico e a matriz de indicadores.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

> *¨Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes"*
>
> *Paulo Freire*

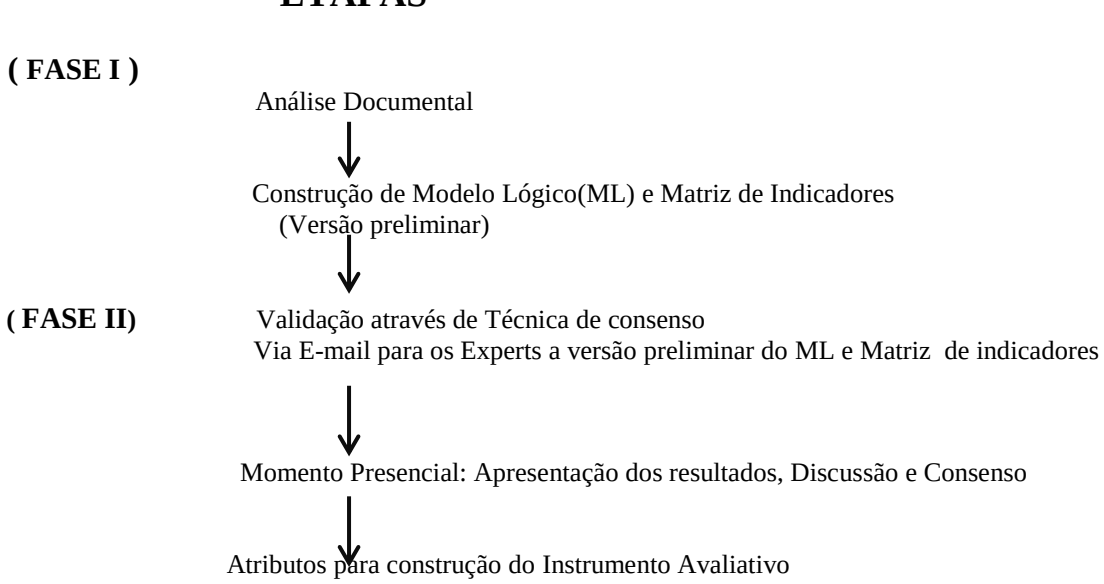
4.1 Desenho do Estudo

Este trabalho foi do tipo avaliativo, descritivo e exploratório a partir da construção do modelo lógico e matriz de indicadores que corresponda a uma proposta de avaliação para um programa de preceptoria.

A metodologia aplicada no presente estudo foi desenvolvida sob os conceitos de avaliação de programas com a emissão de juízo de valor ou de julgamento sobre as atividades de um programa de intervenção[82].

O estudo foi desenvolvido em duas fases, a fase I foi constituída da revisão da literatura e analise documental existente sobre a temática e a construção do modelo lógico e da matriz de indicadores e a fase II foi validação do modelo lógico e de matriz de indicadores para avaliação de desempenho da preceptoria, conforme **figura 1**.

FIGURA 1. Esquema Metodológico do Estudo



4.2 Local do Estudo

O cenário da investigação deu-se a partir dos programas de residência de enfermagem dos Hospitais que integram o Complexo Hospitalar da Universidade de Pernambuco- UPE[98]. Esses hospitais são: Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) com os programas de Enfermagem em Infectologia e Cancerologia; Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE) com o Programa em Cardiologia; Centro Integrado Amaury de Medeiros (CISAM) Programa em Saúde da Mulher.

Todos estes Programas estão vínculados à Faculdade Nossa Senhora das Graças-FENSG/UPE, como Instituição de Ensino Proponente, e a Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade de Pernambuco–COREMU[99], como órgão colegiado para coordenação, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento dos programas de residência das unidades de ensino, de ensino e serviço de acordo com a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS do Ministério da Educação[35].

4.3 Etapas do Estudo

4.3.1 Coleta e Análise de Informações- Fase I

A) Análise documental

Nessa etapa foram selecionados e analisados documentos, tais como portarias, leis, relatórios, normas técnicas, projeto político pedagógico, referentes à residência em área profissional da saúde em âmbito Nacional e estadual e de Enfermagem, que fossem úteis para a montagem do modelo lógico e matriz de indicadores. A relação dos documentos explorados nesta etapa estão apresentados em Apêndice 1.

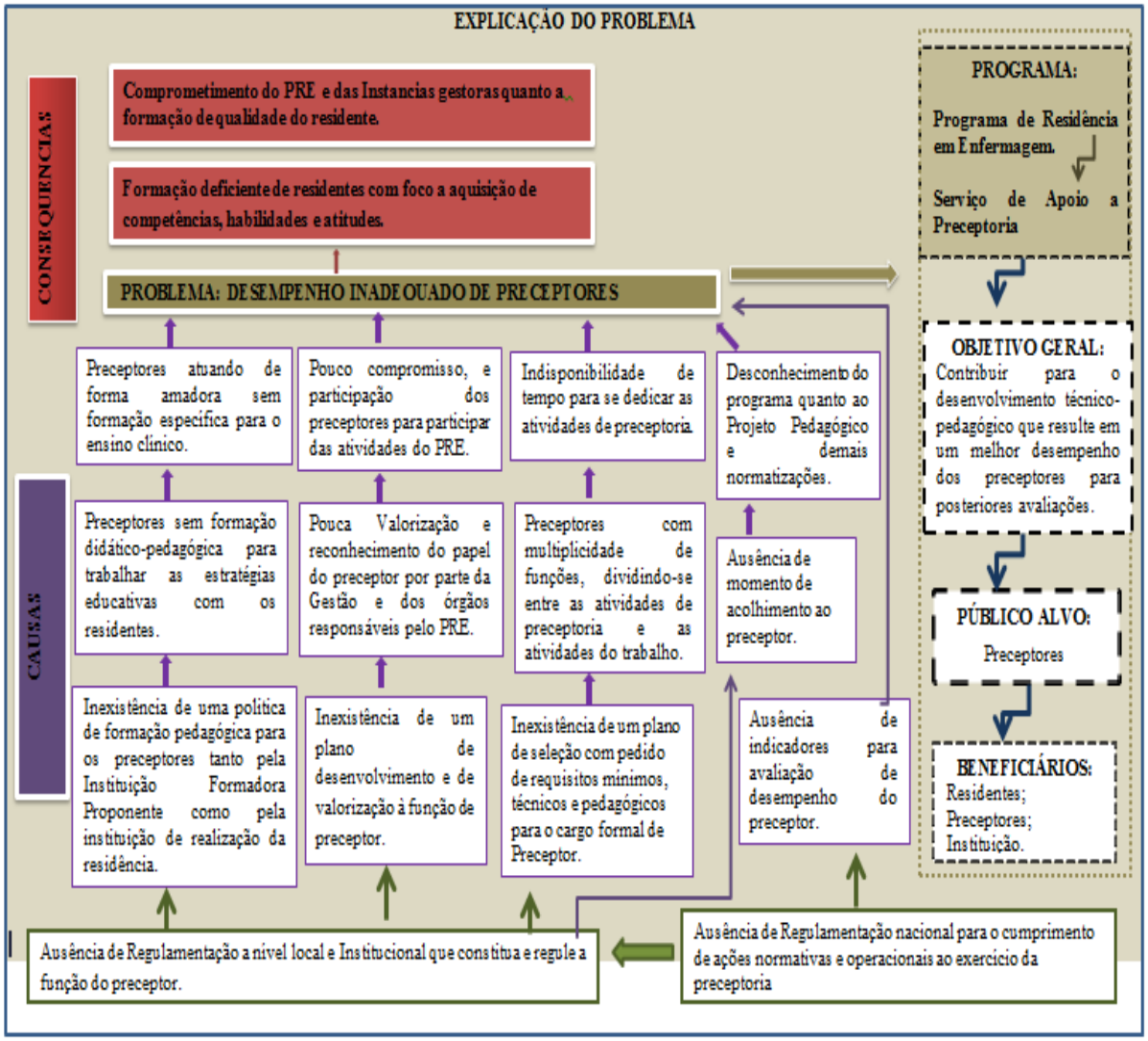
A revisão da Literatura compreendeu a ampliação de conhecimentos sobre o objeto de estudo: preceptor, desempenho e os mecanismos para a avaliação de programas. Foi realizada uma busca por artigos publicados nas bases de dados cientificas (*scielo* e *medline)* e no portal de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-Capes, no período de 2004 a 2014, com os termos: enfermagem, internato e residência, preceptoria, avaliação de programas e de desempenho.

B) Sistematização das informações coletadas

A partir da análise dos documentos, foram extraídas informações que foram organizadas e agrupadas aos seguintes componentes: *problemas, possíveis causas e consequências do problema, objetivo esperado do programa, público-alvo, recursos, ações, produtos, resultados e fatores relevantes do contexto*. Todas essas informações foram importantes para compreensão das prerrogativas fundamentais para explicação do problema, que antecede a construção do modelo lógico e a matriz de indicadores.

. A partir da revisão da literatura existente sobre a temática da Preceptoria e da avaliação de Programas, foi possível subsidiar a explicação do problema a seguir:

Figura 2- Explicação do problema



4.3.2 Construção do Modelo Lógico e da Matriz de Indicadores - Fase I

A elaboração da planilha preliminar de montagem do modelo lógico de preceptoria, foi construída utilizando basicamente a estrutura apresentada na nota técnica do Ipea[100], já descrito anteriormente no referencial teórico. O ML atendeu às revisões realizadas, congregando e organizando os componentes selecionados, no sentido de deixar explícitas as prerrogativas fundamentais para o funcionamento do programa. A partir desta compreensão, fez-se necessária relacionar os elementos necessários para compor o modelo lógico.

A partir do modelo lógico inicialmente criado, foi construída a matriz de indicadores, forma de expressar o modelo lógico, que, diferentemente dos diagramas, preza pela explicitação de indicadores da estrutura, processo e resultados contidos em cada componente.

4.3.3 Validação do Modelo Lógico e da Matriz de Indicadores - Fase II

Não existe uma maneira única de construção de modelo lógico nem tão pouco os objetivos, atividades e recursos definidos com base na realidade são uniformes ou conciliáveis. Diante desta dificuldade, é apontada como indispensável para a elaboração de estudos avaliativos a participação dos atores envolvidos no programa, que pode se configurar pela busca da opinião de especialistas[101].

Para a validação do modelo lógico e matriz de indicadores foi necessário a busca de uma ferramenta que possibilitasse a interlocução entre os diferentes atores como requisito primordial para a obtenção de resultado mais qualificado. A partir disso, optou-se pela utilização de consenso denominada Grupo Nominal (TGN)[16,102, 103].

O processo de construção do consenso, além de ampliar a possibilidade de validação dos indicadores e medidas, também proporciona maior legitimidade aos processos avaliativos. As técnicas de consenso objetivam, dentre outras, sintetizar informação que permita obter consensos sobre critérios, programas de formação, medidas de melhoria e chegar a acordos[92].

A TGN é uma técnica de pensamento divergente-convergente para a produção individual e silenciosa de ideias. Proporciona a discussão e esclarecimento em grupos pequenos, bem como para priorização das ideias por meio de votação independente [102, 104]. A TGN às vezes chamada de painel de especialistas- *experts* consiste em recorrer a um

grupo de especialistas no assunto, permite fazer julgamento e fomentar a criatividade de sugestões para a resolução de um problema[102].

4.3.4 Seleção dos Especialistas

A credibilidade da aplicação de uma técnica de consenso depende fortemente da composição dos grupos de especialistas. Conforme definido por Bourrée et al.[104] *¨especialista é qualquer pessoa com bons conhecimentos práticos, legais ou administrativos sobre um assunto definido e com legitimidade suficiente para expressar uma opinião representativa do grupo de atores ao qual pertence¨*.

O número de especialistas preconizado é de 09 a 12 pessoas[101, 84]. A escolha dos especialistas foi realizada de forma que pudessem ser contemplados os atores envolvidos com a Residência de Enfermagem do Complexo Hospitalar da UPE. Foram convidados 11especialistas para participarem da reunião de consenso, entre estes e que aceitaram participar das duas fases do estudo estavam: 03 coordenadores dos programas de Residência de enfermagem do complexo Hospitalar da Universidade de Pernambuco, a Coordenadora da comissão de Residência Multiprofissional de saúde (COREMU-UPE), a Coordenadora da Comissão Estadual de Residência de Enfermagem, 03 preceptores e 03 egressos dos três programas de Residência. O primeiro contato com os especialistas ocorreu por telefone, na qual a pesquisadora falou sobre o projeto de pesquisa que se desenvolvia, e que incluía a execução da técnica de consenso referida. Com o consentimento do especialista em participar, foi solicitado o seu endereço eletrônico para o envio do TCLE (Apêndice 4) e os materiais da pesquisa.

4.3.5 Etapas da Oficina de Consenso

A consulta aos especialistas foi realizada em duas etapas no período de Outubro a Dezembro de 2014.

Na primeira etapa, foi enviado aos participantes material composto de três documentos: Modelo Explicativo do Problema, versão preliminar do Modelo Lógico, matriz de indicadores e o TCLE. Ainda acompanhava uma mensagem contendo informações, como as instruções e o prazo para a resposta (Apêndice 2). A matriz composta contemplou 43 indicadores e para cada indicador foi estabelecida uma medida como forma de dimensionar os resultados. Foi orientado aos especialistas que cada indicador fosse avaliado quanto ao mérito: *indispensável, necessário, ou dispensável*; e em seguida avaliados com a nota de *0 a 6* conforme o quadro 1.

Quadro 1 - Avaliação quantitativa dos indicadores da matriz

MEDIANA	VALORES	CLASSIFICAÇÃO
ADEQUADA	4 a 6	Importante Muito Importante Importantíssimo
INTERMEDIÁRIA	3	Média Importância
BAIXA	0 a 2	Sem Importância Quase sem importância Pouca Importância

A partir do recebimento (via eletrônica) dos julgamentos dos indicadores da matriz feito atribuído pelos especialistas, procedeu-se à consolidação das informações para iniciar a segunda etapa. O processamento das informações foi facilitado pela organização dos assuntos em dimensões e indiciadores. Foi adotado tanto para a pré e pós-reunião de consenso, o critério de que a partir das respostas mais pontuadas seria constituído o consenso do grupo e o valor máximo atribuído seria que o indicador é altamente recomendado.

A segunda etapa aconteceu com a reunião presencial, momento que devolveram o TCLE assinado, foi enviado por e-mail uma carta de confirmação da reunião (Apêndice 5). Na reunião de consenso 63% dos convidados estavam presentes, apesar do reduzido número dos especialistas, toda categoria envolvida no programa de residência e no processo de avaliação estava representado (Coordenadores, egressos e preceptor). Após a apresentação pelo pesquisador do modelo lógico e do consolidado da votação inicial da matriz de indicadores, foi dado seguimento a reunião cujo processo de trabalho foi o seguinte:

I. Realizou-se um ciclo de discussão sobre as respostas colocadas pelos participantes, indicador por indicador, na qual cada *expert* expressou sua opinião ao grupo, afim de que se tornassem claras e avaliadas. Realizado em um auditório do Hospital PROCAPE;

II. Cada especialista do grupo, silenciosamente e de forma independente, revisou a sua avaliação inicial e votou presencialmente, acerca das suas ideias sobre o modelo lógico e matriz de indicadores propostos conforme os critérios de avaliação referida.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde CEP/FPS sob o nº do CAAE 28560214.6.0000.5569, (Anexo 2), de acordo com as recomendações da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi solicitada aos participantes do estudo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (Apêndice 4).

6 RESULTADOS

*Os resultados serão apresentados em forma de artigo científico, que será submetido:

Revista : Escola de Enfermagem da USP,

Qualis : $A_{2.}$

Impacto: 0.497

Modelo lógico: proposta de avaliação de desempenho de preceptores de enfermagem de prática

Logical model: a performance evaluation of proposed nursing preceptors of clinical practice

Modelo lógico: una evaluación del desempeño de los preceptores de enfermería propuestas de la práctica clínica

Nome dos Autores:

Kelly Cristina Torres Lemes[1]
Profissão e ocupação: Enfermeira Coordenadora do Programa de Residência de Enfermagem do Hospital Agamenon Magalhães, e Enfermeira Assistencial do Pronto Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco Professor Luiz Tavares-PROCAPE. Recife, Pernambuco- Brasil.
E-mail: kellylemes@ig.com.br

Luciana Marques Andreto[2]
Profissão e ocupação: Enfermeira coordenadora de tutores de enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde- FPS. Recife, Pernambuco- Brasil.
Email: lucianandreto@fps.edu.br

Tereza Cristina Alves Bezerra[3]
Profissão e Ocupação: Médica coordenadora das residências multiprofissional em saúde e Medicina de família e Comunidade. IMIP
Email: tereza.bezerra@imip.org.br

Autor Responsável: Kelly Cristina Torres Lemes. Endereço para Correspondência: Rua: Arlindo Gouveia, 145, apto. 601, Bloco A. Madalena- Recife ; telefone: 081-34923031

Este artigo é parte da dissertação de mestrado de Kelly Cristina Torres Lemes apresentado 3ao programa de pós-graduação stricto sensu em educação para o ensino na área de saúde, Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife.

RESUMO

Objetivo: apresentar os atributos de um instrumento de avaliação de desempenho do preceptor de pratica da residência de Enfermagem. **Método**: Estudo do tipo avaliativo, descritivo e exploratório a partir da construção do modelo lógico e matriz de indicadores. Para validação do modelo lógico e da matriz foi utilizado técnica de Grupo Nominal, com especialistas envolvidos com os programas de residência de enfermagem. **Resultado**: A matriz de indicadores foi composta por 43 itens agrupados em quatro componentes: *Formação pedagógica, Regulação e Gestão do trabalho, Estrutura e Processual* que foram avaliados de acordo com o juízo: *indispensável, necessário, ou dispensável*; Para uma melhor análise dos resultados, foi realizada uma abordagem quantitativa para estabelecer o *Ranking* Médio (RM) do grau de concordância dos sujeitos que responderam os questionários com escala tipo Likert de 6 pontos relacionado aos indicadores com juízo *indispensável*. Dos 43 indicadores, 39 conferiram uma validade interna, pois obtiveram um RM acima de 5. **Conclusão**: A validade conferida aos indicadores quanto ao juízo *indispensável*, exprimem um conjunto de atributos que compõe o instrumento avaliativo do desempenho de preceptores, no que se refere ao processo de qualificação e tomada de decisão.

Descritores: enfermagem, preceptoria; Avaliação em saúde; Avaliação de programas, pesquisa avaliativa.

ABSTRACT

Objective: To present attributions to develop an instrument for assessment on the preceptor´s performance on clinical practice of Nursing residency. **Method:** It is an evaluative, descriptive and exploratory type study from the construction of the logic model and the matrix indicators. To validate the logical model and the matrix, the Nominal Group technique was used with specialists involved in Nursing residency programs. **Results:** The matrix indicators was composed of 43 grouped items in four componets: *Pedagogical Training, Regulation and Management work, Structure and Procedual* and were evaluated according to the judgment: *indispensable, necessary or dispensable;* n the basis of literature review and official documents. All the collected information subsidized the explanation of the problem according to the situational flowchart. in qualitative terms where each of the indicators are assessed according to the judgment: *essential, necessary, or dispensable*; For a better analysis of the results, a quantitative approach was performed to establish the *Mean Ranking* (MR) the agreement degree of the subjects who answered the questionnaires alike the Likert scale of 6 points to indicate the *indispensable* judgment. Of the 43 indicators, 39 gave an internal validitation, because they obtained a MR above 5. **Conclusions:** The validity given to the indicators concerning *indispensable* judgment expressing a set of attributes that composes of the evaluative instrument of the preceptors´ performance referring to the qualification process and the decision-making.

Keywords: nursing, preceptorship; health evaluation; evaluation programs, evaluative research.

Introdução

A partir do contexto das Residências na área da saúde, vários autores [1-3] reputam que estes programas servem para complementar a lacuna existente na formação durante a graduação, tendo como objetivo contribuir para a formação de profissionais em uma área especifica, nos moldes de treinamento em serviço, ensino e gestão propiciando uma extensa prática veiculada à qualificação acadêmica. A partir das interações entre preceptores, residentes, pacientes e instituições, que se dá o processo de ensino-aprendizagem, onde o preceptor exerce um papel fundamental, que funciona como mostruário de atributos técnicos, éticos e relacionais [4-6].

A preceptoria tem sido apontada como fator determinante para o processo de ensino-aprendizagem dos programas de residência em saúde, pois compete ao preceptor transformar as demandas oriundas de seu dia-dia de trabalho, num cenário rico de experiências de aprendizagem para o residente [7-9]. Para tanto, o preceptor necessita ter conhecimentos que vão além do campo da prática, precisa ter formação docente para as ações de ensino, adquirir habilidades pedagógicas necessárias para assim, criarem um ambiente educacional para o residente [10].

A preceptoria no Brasil ainda passa por uma série de problemas, que abrangem questões relacionadas ao trabalho cotidiano, problemas ligados ao processo de ensino-aprendizagem decorrente do fato do preceptor ter pouco conhecimento ou vivência pedagógica e didática, pouca habilidade técnica, pouco incentivo à atualização e educação continuada e o exercício da preceptoria de forma amadora. Outro problema enfrentado dá-se ao fato da escassez de plano de valorização e reconhecimento da figura do preceptor dentro da Instituição, resultando em falta de incentivo ou remuneração inadequada [11]. E por fim, um macro problema que segundo Soares et al[12] é a causa base para os demais, que é a falta de regulamentação a nível nacional do exercício da preceptoria.

Incentivar uma cultura de avaliação é imprescindível para um contínuo processo de organização e reorganização dos modelos de ensino-aprendizagem que se quer desenvolver nos programas de residência de enfermagem. A avaliação tem servido como ferramenta de gestão relevante e que tem como finalidade, dentre inúmeras, a de gerar informações validadas, auxiliar no planejamento e elaboração de uma intervenção, determinar a validade de programas em relação a sua capacidade de gerar resultados.[13, 14]

Para avaliar uma intervenção deve-se escolher as estratégias e os métodos e este deve ser o mais viável possível considerando o tempo e recursos para que o processo avaliativo

seja oportuno. Um dos métodos para avaliações de programas ou intervenção pode ser descrito como modelo lógico. Para tanto é necessário articular uma explícita descrição das ideias, hipóteses e expectativas que constituam a teoria do programa.[15] O Modelo Lógico é uma ferramenta que busca explicar a teoria de um programa e seus principais componentes de maneira esquemática[16,17]. Para sua elaboração torna-se necessário ter clareza do problema, do contexto que o envolve e dos componentes essenciais do programa. [18]

Todavia apesar de pesquisas tratarem de questões sobre a importância, papel, função da preceptoria e problemas enfrentados pela mesma, poucos estudos se desenvolvem no contexto de avaliar as ações dos preceptores no campo de prática[19, 20]. Advindo, portanto o questionamento; Que instrumentos avaliativos são aplicados para identificar as fragilidades e fortalezas da preceptoria? E este seja adequado para o alcance de resultados em detrimento dos objetivos previamente estabelecidos

Assim sendo, orientado por este questionamento, se optou no atual estudo, pela elaboração de atributos para uma ferramenta avaliativa que pudesse responder a essa indagação. Essa ferramenta avaliativa foi desenvolvida a partir do modelo lógico, que para sua elaboração torna-se necessário ter clareza do problema, do contexto que o envolve e dos componentes essenciais do programa.

OBJETIVOS

Construir e validar um modelo lógico para avaliação de desempenho de preceptores de prática clínica da residência de enfermagem do Complexo Hospitalar da Universidade de Pernambuco. Apresentar os atributos para elaboração de um instrumento de avaliação de desempenho do preceptor.

MÉTODOS

Estudo avaliativo, descritivo e exploratório a partir da construção do modelo lógico e matriz de indicadores que corresponda a uma proposta de avaliação para um programa de preceptoria. O cenário da investigação decorreu da análise de documentos dos quatro programas de residência de enfermagem dos Hospitais que integram o Complexo Hospitalar[21] da Universidade de Pernambuco: Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) com os programas de Enfermagem em Infectologia e Cancerologia; Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE) com o Programa em Cardiologia; Centro Integrado Amaury de Medeiros (CISAM) Programa em Saúde da Mulher, como também da legislação nacional sobre o tema. Desenvolvido em duas fases, a fase I foi constituída da revisão da literatura e analise documental existente sobre a temática e a construção do

modelo lógico e da matriz de indicadores e a fase II foi validação do modelo lógico e de matriz de indicadores para avaliação de desempenho da preceptoria.

Foram selecionados e analisados documentos e recomendações oficiais, referentes à residência em área profissional da saúde Nacional e estadual e de Enfermagem. Foi realizada uma busca por artigos publicados nas bases de dados cientificas (*scielo* e *medline)* e no portal de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Capes, no período de 2004 a 2014, com os termos: residência, preceptoria, avaliação de programas e de desempenho.

Construção e Validação do Modelo Lógico e Matriz de Indicadores

A estrutura do modelo lógico (ML) contemplou: *Componentes, Objetivos de implantação, Recursos/ Insumos, Atividades, Produtos e Resultados*.[22,23] A partir do modelo lógico inicialmente criado, construiu-se uma matriz de indicadores. Esta foi composta por medidas, onde cada um dos indicadores é avaliado de acordo com a pertinência e importância como *indispensável*, *necessário, ou dispensável*; e os mesmos indicadores foram avaliados atribuindo um valor de 0 a 6. Para validação do ML e da matriz foi utilizado técnica de consenso denominada Grupo Nominal (TGN), a qual consiste em recorrer a um grupo de especialistas no assunto para um julgamento. [24, 25]

Seleção dos Especialistas

Foram convidados 11especialistas: 03 coordenadores dos programas de Residência de enfermagem, 01 Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional de saúde (COREMU-UPE), 01 Coordenadora da Comissão Estadual de Residência de Enfermagem, 03 preceptores e 03 egressos dos três programas de Residência.

Etapas da Oficina de Consenso

A consulta aos especialistas foi realizada em duas etapas no período de Outubro a Dezembro de 2014. Na primeira etapa, foi enviado aos participantes material composto de três documentos: Modelo Explicativo do Problema, versão preliminar do Modelo Lógico e matriz de indicadores para julgamento dos especialistas e o TCLE. A segunda foi o momento da reunião presencial com os especialistas, na qual foi apresentado pelo pesquisador o modelo lógico e o consolidado da votação inicial da matriz de indicadores, seguido de debate entre os participantes. Posteriormente foi entregue a mesma matriz de indicadores para o julgamento individual dos especialistas.

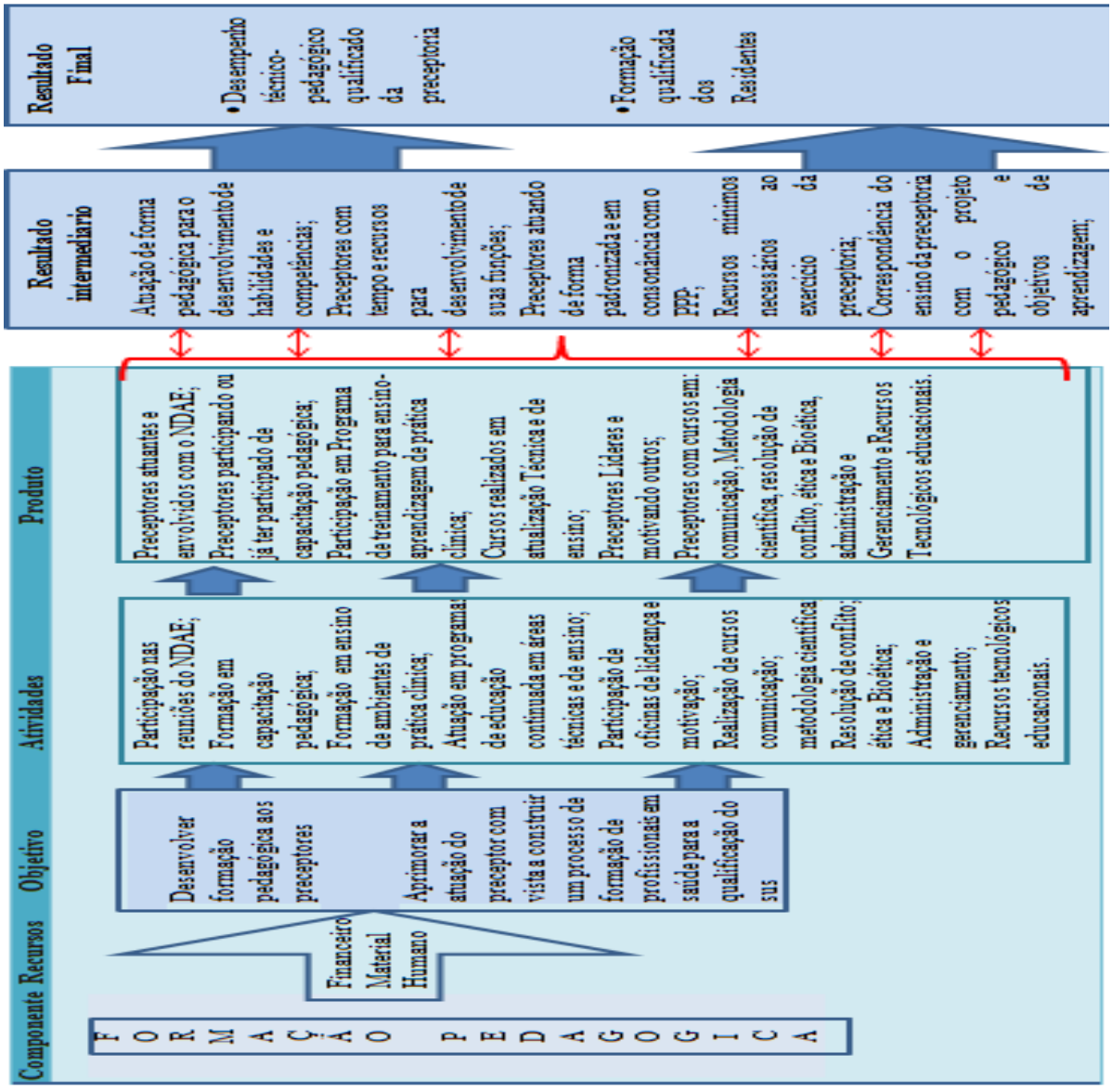
Considerações Éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde CEP/FPS sob o nº do CAAE 28560214.6.0000.5569.

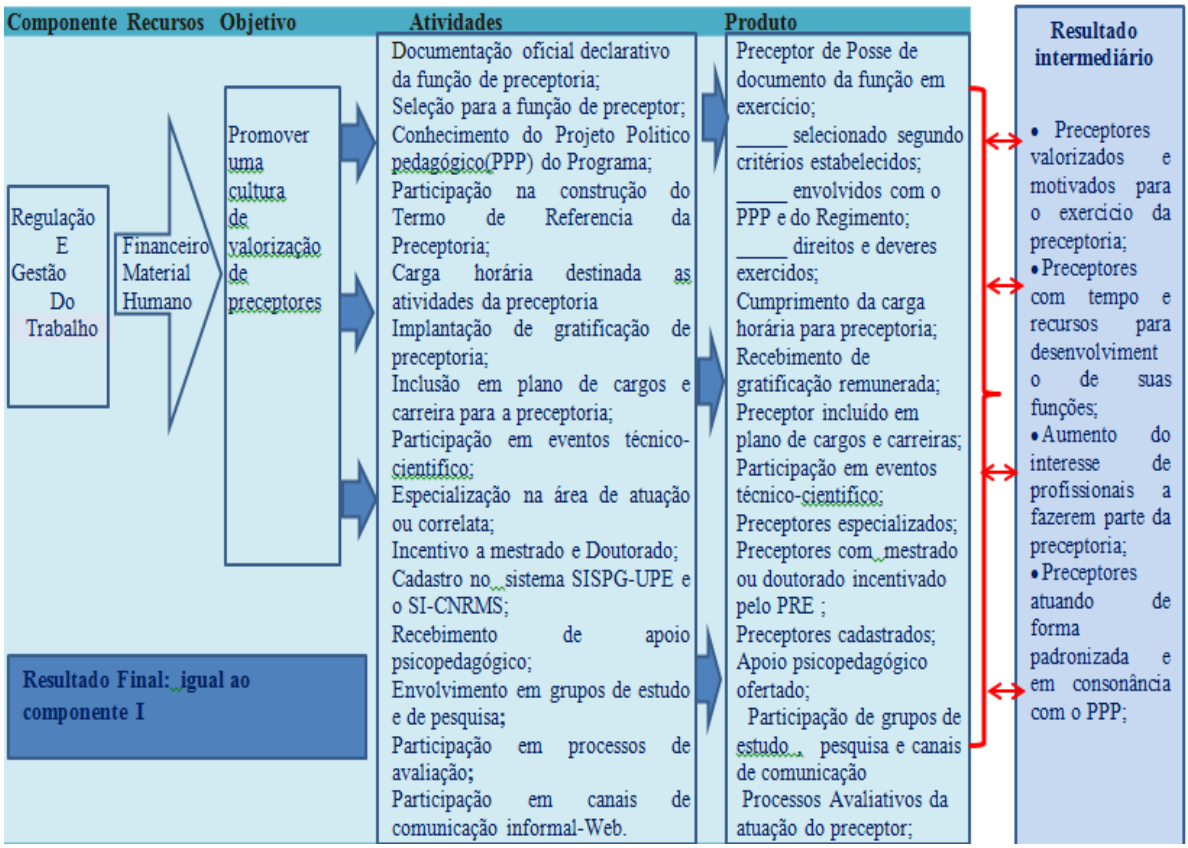
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Modelo Lógico

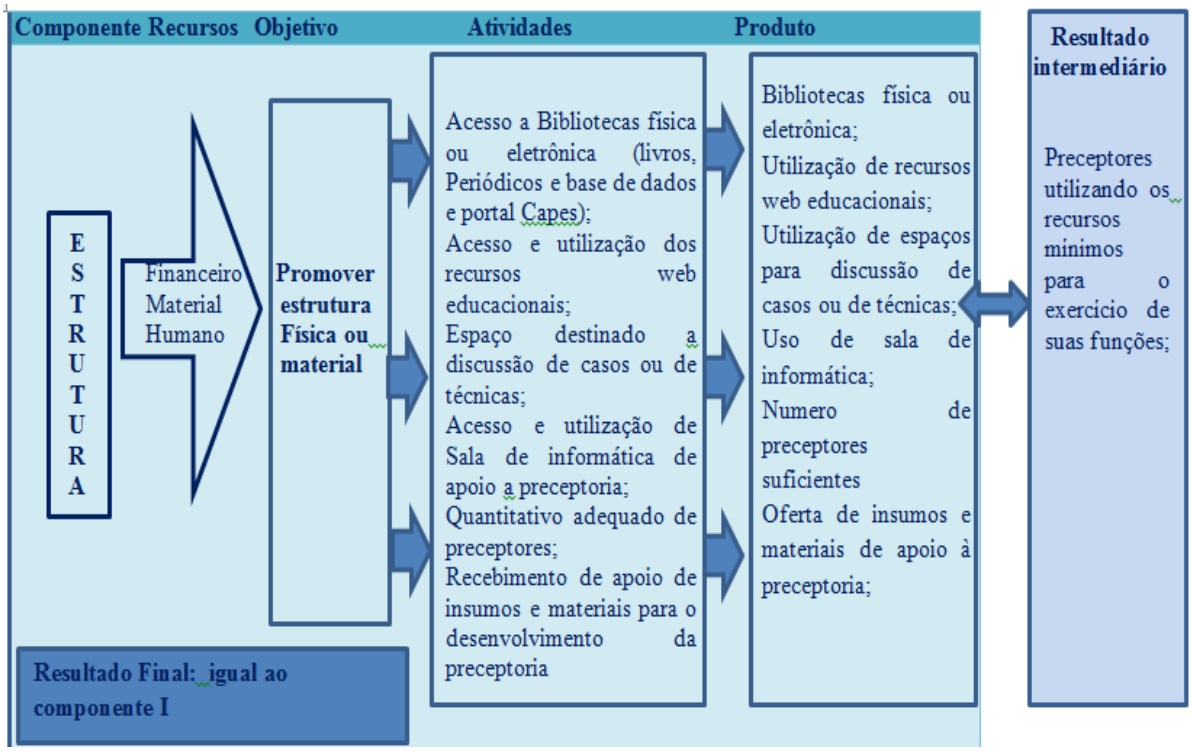
O ML foi estruturado em quatro Componentes ***Quadro 1:*** Formação Pedagógica, ***Quadro 2***: Regulação e Gestão do Trabalho, ***Quadro 3:*** Estrutura e ***Quadro 4***:Processual. De forma esquemática estão apresentados para cada componente, os aspectos considerados essenciais nas atividades, produtos e resultado intermediário e final para que resulte em um melhor desempenho dos preceptores de prática.



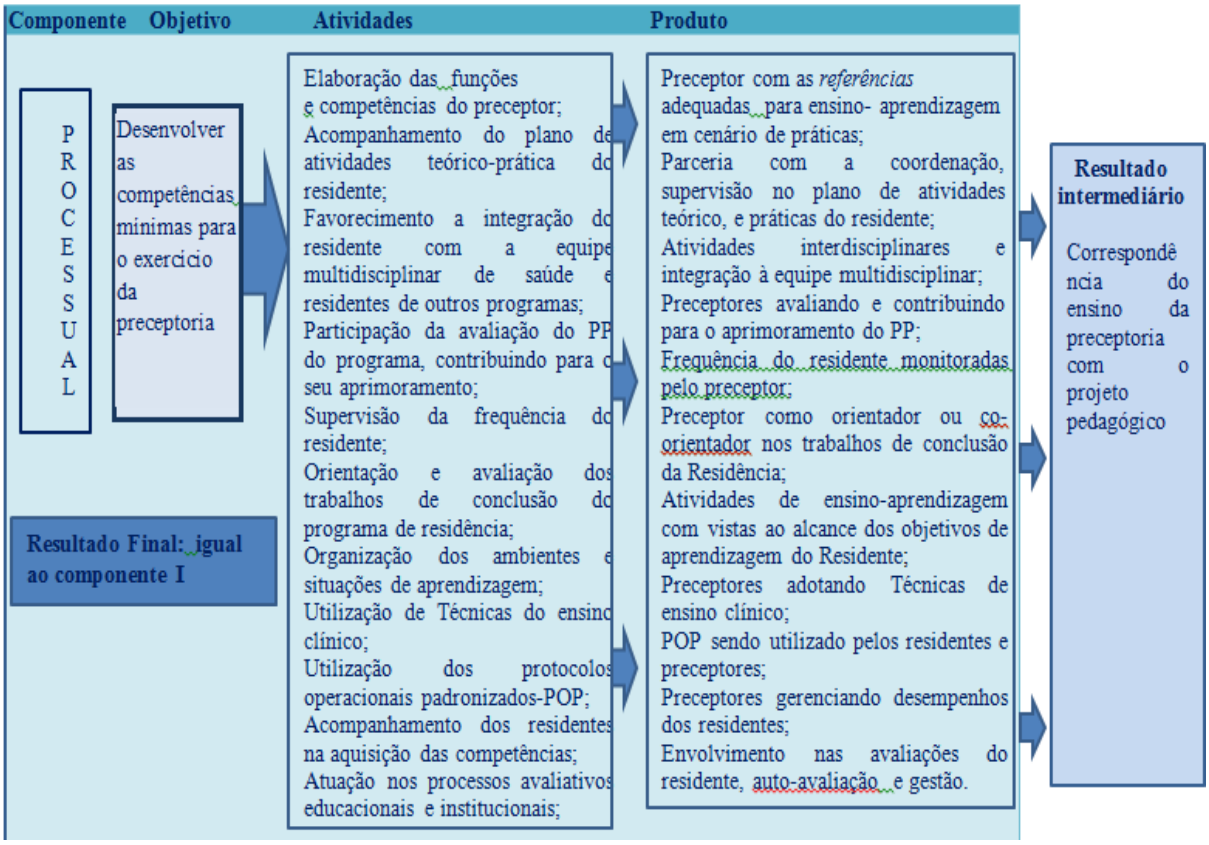
Quadro1: ML- Avaliação do desempenho de preceptores de prática da residência de enfermagem do Complexo Hospitalar da UPE-2015. *Componente I- Formação Pedagógica*



Quadro 2: ML- Avaliação do desempenho de preceptores de prática da residência de enfermagem do Complexo Hospitalar da UPE-2015. *Componente II- Regulação e Gestão do Trabalho*



Quadro 3- ML- Avaliação do desempenho de preceptores de prática clínica da residência de enfermagem do Complexo Hospitalar da UPE-2015. *Componente III- Estrutura*



Quadro 4- ML- Avaliação do desempenho de preceptores de prática da residência de enfermagem do Complexo Hospitalar da UPE-2015. *Componente IV: Processual*

O modelo lógico do estudo recebeu imprescindível contribuição dos especialistas tanto na fase anterior como posterior à reunião de consenso, pois, conferiram a partir dos seus julgamentos a validade ao Modelo Lógico e à Matriz de Indicadores. Com relação à pertinência do ML, todos os especialistas reconheceram a necessidade de se ter uma ação organizada e planejada voltada para o preceptor com vistas a sua contínua qualificação. As causas que constituíram a explicação do problema são bem explícitas em vários estudos [3,4] e também pela análise dos documentos oficiais comprovando ausências de regulamentos, normas e critérios para desempenho e avaliação do preceptor.

Matriz de Indicadores: Pós-Reunião de consenso

A matriz avaliativa dos indicadores inicialmente proposta foi composta de 04 componentes com 43 indicadores. Para uma melhor análise dos resultados, foi realizada uma abordagem quantitativa para estabelecer o *Ranking* Médio (RM) de concordância dos sujeitos que responderam os questionários com escala tipo Likert de 6 pontos aos indicadores com juízo *indispensável. C*onsiderando esse juízo como o de maior importância e pertinência, realizou-se a verificação quanto à concordância ou discordância dos

indicadores avaliados, por meio do RM da pontuação atribuída às respostas, relacionando à frequência das respostas dos respondentes que fizeram tal atribuição, onde os valores menores que 4 são considerados como discordantes e, maiores que 4, como concordantes, considerando uma escala de 6 pontos. O valor exatamente 4 seria considerado "indiferente" ou "sem opinião", sendo o "ponto neutro", equivalente aos casos em que os respondentes deixaram em branco.

Tabela 1: Ranking Médio dos Indicadores do componente I que obtiveram Juízo *Indispensável*

INDICADORES	**Frequência de sujeitos**						
Componente I- Formação Pedagógica	1	2	3	4	5	6	RM
I.1 Participação nas reuniões do Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE);					1	1	5,5
I.2 Participação em cursos de formação pedagógica;					1	1	5,5
I.3 Receber treinamento em ensino de ambientes de prática;						2	6
I.4 Preceptores ativos em sua educação permanente;						2	6
I.5 Preceptores líderes motivando outros preceptores;						4	6
I.6 Ter recebido formação para aquisição de habilidades de comunicação;						1	6
I.7 Ter recebido curso de metodologia cientifica;						1	6
I.8 Ter recebido curso de resolução de conflito;						3	6
I.9 Ter curso de Ética e Bioética ;						1	6
I.10 Ter recebido curso de administração e gestão;						0	0
I.11 Ter recebido curso para utilização de recursos tecnológicos.						1	6

Neste componente, o ranking médio dos indicadores considerado *indispensáveis* foi entre 5 e 6 isto é, concordante e muito concordante , com graus elevados de consenso, coerentes com estudos que expressam a pertinência do preceptor ter formação pedagógica, ser ativo em sua educação continuada e ter formação em práticas clínicas[10, 26]. Esse resultado é coerente com estudos que apontam a função do preceptor[2,4-5] o acompanhamento direto das atividades do residente, isto é, assume um papel de docente que problematiza a realidade e oportuniza ao residente uma aprendizagem significativa[5]. Todavia, o preceptor necessita ter conhecimento ou *expertise* em pedagogia e didática para desenvolver habilidades de ensino clínico que lhe permitam conduzir o processo de aprender-ensinar no trabalho [10]. Este

fato corrobora com trabalhos que apontam o despreparo de preceptores no exercício da função, atuação acontece de maneira amadora sem o devido preparo técnico, levando até certo grau de tensão entre os preceptores[7,25,26]. Apenas o indicador *I.10 gestão e administração,* na visão dos especialistas não é considerado um item importante para ser avaliado, haja visto que o assunto já é um tema abordado na graduação.

Tabela 2: Ranking Médio dos Indicadores do Componente II que obtiveram Juízo *Indispensável*

INDICADORES	**Frequência de sujeitos**						
Componente II: Regulação e Gestão do trabalho	1	2	3	4	5	6	RM
II.1 Possuir documento declarativo de sua função;						1	6
II.2 Preceptor selecionado a partir de critérios ;						3	6
II.3 Preceptores com conhecimento do projeto politico pedagógico e do regimento interno;					1	4	5,8
II.4 Exercício da função pautado em seus direitos e deveres;					2	2	5,5
II.5 Ter carga horaria destinada ao exercício da preceptoria;					1	3	5,8
II.6 Receber gratificação pela função de preceptoria;						3	6
II.7 Inclusão em plano de cargos e carreiras de preceptoria;						4	6
II.8 Participação em eventos técnico-cientifico (cursos, palestras, simpósio, etc..);					2		5
II.9 Ter especialização ou curso de aperfeiçoamento na área de abrangência do programa de residência;						3	6
II.10 Receber Incentivo a cursos de mestrado e Doutorado**;**						1	3
II.11 Preceptores cadastrados nos sistemas ligados a residência (SISPG-UPE, SIS-CNRMS);						3	6
II.12 Preceptores com apoio psicopedagógico;						1	3
II.13 Envolvimento em grupos de pesquisa e estudo**;**						2	6
II.14 Realização de auto-avaliação e na avaliação da gestão sobre seu desempenho;						4	6
II.15 Participação em canais de comunicação informal- web **.**						1	3

O componente II foi o que apresentou maior variação de concordância entre os indicadores. Por esse componente tratar também de questões relacionadas ao projeto

político- pedagógico pode ser comparado nas discussões do estudo de Bezerra[13] que teve pontos de divergência, e de consenso com colaboração do grupo. É entendimento de vários pesquisadores, de que é necessário regulamentar, institucionalizar o exercício da preceptoria para dar visibilidade ao preceptor, cabendo às instituições absorver a responsabilidade de preparar esses formadores, criando, por meio da gestão, políticas que definam formação, avaliação e monitoramento do preceptor, um plano de cargo e carreira, com definição de direitos e deveres e normas referentes a questões de carga horária, vínculo, atribuições[12, 26, 27]. Os indicadores *II.10*-receber incentivo a cursos de mestrado e doutorado, *II.12*-Preceptores com apoio psicopedagógico e *II.15*-Participação em canais de comunicação informal- web apresentaram um RM de 3,0, considerado de baixa importância, portanto não representaram concordância entre especialistas.

Tabela 3: Ranking Médio dos Indicadores do Componente III que obtiveram Juízo *Indispensável*

INDICADORES	**Frequência de sujeitos**						
Componente III: Estrutura	1	2	3	4	5	6	RM
III.1 Ter acesso a Biblioteca física ou eletrônica **;**						5	6
III.2 Utilização de recursos web educacionais ou ambientes virtuais de aprendizagem (AVAS);						2	6
III.3 Utilização de espaços para discussão de casos ou de técnicas;						1	6
III.4 Acesso a espaços de informática para pesquisa;						4	6
III.5 Numero de preceptores suficientes;						6	6
III.6 Receber insumos e materiais de apoio						3	6

Com relação a este, não divergiu na concentração dos julgamentos, todos obtiveram o RM 6,0. Os seis indicadores apresentaram concordância entre os especialistas, evidenciando serem muito importante para compor atributos de avaliação. Fato que mostra a preocupação de todos os especialistas com uma estrutura mínima necessária para a função: um adequado número de preceptores que atendam de maneira satisfatória ao acompanhamento dos residentes. Na grande maioria dos programas, o mesmo profissional que executa as atividades assistenciais do seu oficio também ou concomitantemente exercem a função de educador com o estudante. E se não houver uma preocupação por parte dos gestores em organizar os programas de residência com um número proporcionalmente maior de preceptores para atender às necessidades de ensino e aprendizagem peculiares dos

residentes, certamente negligenciará aspectos pedagógicos na formação dos profissionais de saúde[27, 28]. É preciso, que a instituição oferte materiais e recursos ao exercício da atividade, pois as demandas tecnológicas e a rapidez das informações que precisam ser compartilhadas requerem do preceptor o acesso, a utilização de instrumentos e espaços destinados a aprendizagem para integração de todos os envolvidos na residência.

Tabela 4: Ranking Médio dos Indicadores do Componente IV que obtiveram Juízo *Indispensável*

INDICADORES	**Frequência de sujeitos**						
Componente IV- Processual	1	2	3	4	5	6	RM
IV.1 Ser referência com adequadas competências (técnica, metodológica, social e participativa) ;						5	6
IV.2 Participar em conjunto com coordenador, supervisor no plano de atividades teórico-prática do residente;				1		3	5,5
IV.3 Promover atividades interdisciplinar e de integração com a equipe multidisciplinar e residentes de outros programas;						3	6
IV.4 Contribuir para o aprimoramento do projeto pedagógico- PP;						3	6
IV.5 Frequência do residente monitorada pelo preceptor;						4	6
IV.6 Orientador ou co-orientador nos trabalhos de conclusão da residência do residente						2	6
IV.7 Desenvolvimento de atividades de ensino-aprendizagem com vistas ao alcance dos objetivos de aprendizagem do residente;						3	6
IV.8 Adoção de técnicas de ensino clínico para o aprendizado do residente;						1	6
IV.9 Utilização e ensino de procedimentos com base nos protocolos operacional padronizado- POP;					1	3	5,8
IV.10 Preceptores gerenciando desempenhos dos residentes;						3	6
IV.11 Inseridos nas avaliações do residente, preceptores sendo avaliados e auto avaliados					1	3	5,8

Quanto a este que se relaciona com a própria ação do preceptor, referente às suas competências técnicas, metodológicas, social e participativa, houve uma maior concentração nos julgamentos dos especialistas, no juízo *indispensável*, ao atingirem RM entre 5 e *6*. Foi evidenciado as expectativas que os especialistas têm quanto ao envolvimento dos preceptores com as atividades ligadas a residência. Há necessidade de desenvolvimento competências na área do ensino, didática com habilidades para saber lidar com a educação

de adultos. Todavia não é o suficiente, pois é necessário, gostar de ensinar e ter vontade, algumas competências e interfaces entre eles são necessárias para a ação do preceptor[29].

Entretanto, os resultados desse estudo devem ser apreciados e vistos à luz das suas limitações. Uma das limitações foi não exequível realizar a validação de face do instrumento construído. Todavia Uchoa et a*l*[30] , defendem que a própria aplicação da técnica *per si*, já daria ao produto a validação de face, que se constitui o primeiro passo no processo de validação de matrizes e instrumentos de avaliação.

Quanto à apresentação dos indicadores em percentagens dos itens que alcançavam maiores escores, esta opção pareceu mais oportuna diante do fato de não existir dados prévios que permitissem uma análise comparativa de medidas de tendência central e dispersão de outros estudos sobre o mesmo objeto.

CONCLUSÃO

Este trabalho procurou apresentar os indicadores importantes para compor o instrumento para avaliação de desempenho dos preceptores. As informações trazidas no estudo, como o desenvolvimento do modelo explicativo do problema e o modelos teórico-lógicos, possibilitam a identificação de ações que contribuam para uma preceptoria de qualidade.

Dos 43 indicadores, 39 conferiu-se uma validade interna, pois obtiveram um RM acima de 5. Esta validade representa que esses indicadores obtiveram concordância entre os especialistas quanto ao juízo *indispensável*. Portanto os 39 indicadores exprimem um conjunto de atributos que formará o instrumento avaliativo de desempenho dos preceptores de prática, para que seja realizado processo de qualificação e tomada de decisão, como também para planejamento futuro de ações voltadas à preceptoria.

REFERÊNCIAS

1 Aguiar BGC, Moura VLF, Sória DAC. Especialização nos Moldes de Residência em Enfermagem. Rev Bras Enferm. [Internet] 2004 [cited 2014 ago. 10];57(5):555-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a08v57n5.pdf.

2 Botti SHO, Rego S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. Rev Bras Educ Med. [Internet] 2010 [cited 2014 ago. 10]; 34(1):132 – 140 . Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n1/a16v34n1.pdf.

3 Brasil. Portaria interministerial MEC/MS nº 1.077 de 12 de novembro de 2009. Revoga a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12-01-2007: dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde [online]. Brasília; 2009 [cited 2014 jul. 5]. Available from: <http:// portal.mec.gov.br.Residências em saúde

3 Silva, RMO. Especialização em enfermagem sob a forma de residência: experiência transicional na trajetória das egressas– Salvador [Tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2012.

4 Denise HA, Silveira LMC. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da educação médica. Revista HUPE. [serial online] 2012[cited 2014 nov. 10] **;** 11(supp. 1):82-6

5 Botti SHO, Rego STA. Docente-clínico: O complexo papel do preceptor na residência médica. Revista de Saúde Coletiva. Physis: Revista de Saúde Coletiva [serial online] 2011 [2014 jul. 5]; 21(1):65-85. Available from: http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a04

6 Ribeiro ECO. Exercício da preceptoria: espaço de desenvolvimento de práticas de educação permanente. Revista HUPE. [serial online] 2012 [cited 2014 Nov. 10]; 11(supp. 1):77-81.

7 Silva VC. Preceptoria – Nexos com a Pedagogia Histórico-Crítica: o Caso da Escola de Enfermagem Anna Nery [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2011.

8 Rodrigues AMM. A preceptoria nos campos de prática na formação do enfermeiro em universidades de Fortaleza [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2012.disponivel em:

9 Botti SHO. O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino [tese]. Rio de Janeiro : Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.

10 Ribeiro KRB, Prado ML. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. Rev Gaúcha Enferm. [serial online] 2013 [cited 2014 ago. 10];35(1):161-165. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472014000100161&script=sci_arttext&tlng=pt.

11 Tavares PEN, Santos SAM, Comassetto I, Santos RA, Santana VVRS. Vivência do ser enfermeiro e preceptor em um hospital escola: olhar fenomenológico. Rev Rene 2011 out./dez.;12(4):798-807.

12 Soares AP et al. O preceptor por ele mesmo. Revista da Associação Médica Brasileira [Internet] 2013 out. [cited 2015 fev 5];9:19. Pag. 20 Available from: www.abem-educmed.org.br/pdf/cadernos_vol8_pdf

13 Bezerra TCA. Programa de residência multiprofissional em saúde: construção de um instrumento avaliativo [Tese]. Recife: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira–IMIP; 2011.

14 Hartz, ZMA (Org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

15 Schröter DC, Urschel JL. Logic Modeling Methods in Program Evaluation, by Joy A. Frechtling. Journal of MultiDisciplinary Evaluation, Volume 5(9) March 2008. Disponível em: http://journals.sfu.ca/jmde/index.php/jmde_1/article/viewFile/170/191.

16 Logic Models Workbook. Version 6.1 August 21, 2001. The Health Communication Unit (THCU) at the Centre for Health Promotion. University of Toronto. Disponível em: http://www.thcu.ca/infoandresources/planning_resources.htm#tp

17 Cassiolato M, Gueresi S. Nota técnica – como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: Instituto de Pesquisa Ecnonômica Aplicada (IPEA); 2010.

18 Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; 2005.

19 Preceptor Development Initiative. Final Evaluation Report [Internet]. [S.l.]; 2008 [cited 2015 fev. 25]. Available from: http://practiceeducation.org/docs/preceptor_final_report.pdf.

20 Armstrong EG, Barsion SJ. Using an Outcomes-Logic-Model Approach to Evaluate a Faculty Development Program for Medical Educators. Academic Medicine 2006 May;81(5):482-8.

21 UPE. Resolução CONSUN no 018/2012. Ementa: normaliza o complexo Hospitalar Universitário da Universidade de Pernambuco. Recife; 2012.

22 Medina MG. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA (org.). Avaliação em saúde dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 41-63

23 Ferreira H, Cassiolato M. Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: o modelo lógico do programa segundo tempo [Internet]. Brasília: Ipea; 2009 [cited 2015 fev. 25]. Available from: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4921

24 Bezerra LCA, Alves GCCK. Modelagem de programas da teoria à operacionalização. In: Samico I (Org.). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro (RJ): MedBook; 2010. Cap. 6; p. 65-78

25 Matus (1993) apud Universidade Federal de Santa Catarina. Gestão da assistência Farmacêutica: especialização a distância [Internet]. Santa Catarina; 2011 [cited 2015 fev. 25].Available from: https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/583/Modulo_transversal_1_unidade_2_parte_1_revisado.pdf?sequence=1.

26 Afonso DH, Silveira LMC. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da Educação Médica. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto [periódico na Internet] 2012 [acesso em: 2014 mar. 19];11(sup. 1). Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=313

27 Rocha HC, Ribeiro VB. Curso de Formação Pedagógica para Preceptores do Internato Médico. Revista Brasileira de Educação Médica. [periódico na Internet] 2012 [acesso em 2014 mar. 19];36(3):343-350, pagina 3. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n3/08.pdf

28 Missaka H. A Prática Pedagógica dos Preceptores do Internato em Emergência e Medicina Intensiva de um Serviço Público não universitário [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010.

29 Farjado AP, Ceccim RB. O trabalho da preceptoria nos tempos de Residência em área profissional da saúde. In: Farjado AP, Rocha CMF, Pasini VL (org.). Residência em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010. Pag. 197.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo representa uma proposta desafiadora para pesquisas de avaliabilidade, haja vista que não foi encontrado estudos de modelo avaliativo no campo da preceptoria do programa de residência de enfermagem. Considerando as etapas percorridas pelo estudo para a modelização da intervenção, recomenda-se o prosseguimento das demais fases impostas pela pesquisa avaliativa que dispõe de métodos que permitem aquilatar a qualidade da intervenção, sua validade e sua capacidade de ser aplicada.

O desenho do modelo lógico revelou a luz dos pesquisadores e do grupo de consenso componentes que oferecem maior impacto para intervenção do problema e que devem ser inicialmente observados, pois suas atividades atendem diretamente sobre o desempenho do preceptor. A validade interna dos atributos deste ML permite, portanto reunir os elementos para elaboração de um instrumento avaliativo do desempenho do preceptor dentro de um plano de avaliação que atendam aos objetivos para tomada de decisão. Pois a partir do momento que grupos são avaliados levam a oportunidades de aprimoramento e mudanças dos caminhos que estão sendo traçados.

Evidentemente que a imagem-objetivo aqui construída através da conferencia de consenso, não é e nem poderia ser, definitiva. Todavia os 39 indicadores exprimem o conjunto de atributos que formará o instrumento avaliativo de desempenho dos preceptores de prática, para os interessados num processo de qualificação e tomada de decisão, como também para planejamento futuro de ações voltadas à preceptoria. Para o sucesso do modelo lógico aqui proposto recomenda-se repetidas aplicações do mesmo em um instrumento avaliativo e com futuras atualizações.

Os resultados deste trabalho serão apresentados a COREMU-UPE e a todos coordenadores de cada programa de residência de enfermagem, como proposta para construir um plano de desenvolvimento de preceptores com vista ao alcance dos atributos que no estudo foram validados e que propõe ser inseridos num instrumento para avaliação do desempenho dos mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOFRAFICAS

1 Aguiar BGC, Moura VLF, Sória DAC. Especialização nos Moldes de Residência em Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2004[citado 25 out. 2014]; 57(5):555-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a08v57n5.pdf.

2 Carbogim FC, Santos KB, Alves MS, Silva GA. Residência em Enfermagem: a experiência de Juiz de Fora do ponto de vista dos residentes. Rev. APS 2010 [citado 25 out. 2014]; 13(2): 245-249. Disponível em: http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/download/616/321.

3 Brasil. Portaria interministerial MEC/MS nº 1.077 de 12 de novembro de 2009. Revoga a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12-01-2007: dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde [online]. Brasília; 2009 [citado 2014 jul. 5]. Available from: <http:// portal.mec.gov.br.Residências em saúde

4 Silva, RMO. Especialização em enfermagem sob a forma de residência: experiência transicional na trajetória das egressas– Salvador [Tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2012. https://repositorio.ufba.br/.../**TESE**%20ROSANA%20MARIA%20DE%2

5 Farjado AP, Rocha CMF, Pasini VL (org.). Residência em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010[citado em 15 set. 2014]. p: 25-31 260. Disponível em: www.sbrafh.org.br/site/index/library/id/49.

6 Barros ALBL, Michel JLM. Curso de especialização em enfermagem - modalidade residência: experiência de implantação em um hospital-escola. Revista Latino-americana de Enfermagem [serial online]2000 jan.;8(1):5-11 [citado 2014 jul 3]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12428.pdf.

7 Botti SHO, Rego STA. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. Physis: Revista de Saúde Coletiva [serial online] 2011 [2014 jul. 5]; 21(1):65-85. Available from: http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a04.pdf.

8 Wuillaume SM. O processo ensino-aprendizagem na residência Médica em Pediatria: uma análise [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2000. http://www.abem-educmed.org.br/pdf_tese/tese_suzana_maciel.pdf

09 Billay D, Myrick F. Preceptorship: An integrative review of the literature. Nurse Education in Practice 2008[citado em 25 out. 2014]; 8(4):258–266. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17988946.

10 Afonso DH, Silveira LMC. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da Educação Médica. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto [periódico na Internet] 2012 [acesso em: 2014 mar. 19];11(sup. 1). Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=313

11 Ribeiro ECO. Exercício da preceptoria: espaço de desenvolvimento de práticas de educação permanente. Revista HUPE 2012[citado em 02 set. 2014]**;** 11(supp. 1):77-81. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=312

12 Silva VC. Preceptoria – Nexos com a Pedagogia Histórico-Crítica: o Caso da Escola de Enfermagem Anna Nery [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2011. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000143&pid.

13 Rodrigues AMM. A preceptoria nos campos de prática na formação do enfermeiro em universidades de Fortaleza [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2012. [citado em 5 jan. 2015] disponivel em: http://www.uece.br/cmacclis/dmdocuments/ANA%20MARIA%20MAIA%20RODRIGUES.pdf.

14 Botti SHO. O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino [tese]. Rio de Janeiro : Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.

15 Missaka H. A Prática Pedagógica dos Preceptores do internato em emergência e medicina intensiva de um serviço público não universitário [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010.

16 Bezerra TCA. Programa de residência multiprofissional em saúde: construção de um instrumento avaliativo [Tese]. Recife: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira –IMIP; 2011.

17 Hartz, ZMA (Org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

18 Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Rev.Ciência & Saúde Coletiva 2006 [citado em 23 mar. 2014]; vol. 11(3)p. 705-711. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63011317

19 Contadripoulos (1997) apud Assis FAPN. Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Drogas: desenhando a intervenção [Monografia]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz. Recife; 2008.

20 Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: Conceitos e métodos. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.

21 Medina MG, Silva GAP,Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos éticos conceituais e operacionas. In: Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; 2005. p. 41-63.

22 Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; 2005.

23 Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais. Rio de Janeiro (RJ): MedBook; 2010.

24 *Schröter DC, Urschel JL. Logic Modeling Methods in Program Evaluation*, by Joy A. Frechtling. Journal of MultiDisciplinary Evaluation, Volume 5(9) March 2008. Disponível em: http://journals.sfu.ca/jmde/index.php/jmde_1/article/viewFile/170/191.

25 Cavalcante PCS. O Modelo Lógico da Rede Cegonha [monografia]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2010. [acesso em: 2015 fev. 25]. Disponível em: http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010cavalcanti-pcs.pdf.

26 Silvia RF. Residência integrada em saúde: uma modalidade de ensino [mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007. Disponível em: https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/.../000626144.pdf?...1.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde [Internet]. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010. 260 p [acesso em: 2015 fev. 25]. Disponível em: www.sbrafh.org.br/site/index/library/id/49.

28 Nascimento DDG. A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008. www.teses.**usp**.br/teses/disponiveis/7/...0309**2008**.../Debora_Dupas.pdf.

29 Lima JCS. A Residência médica: articulações entre a prática e o ensino [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008. Disponível em: http://livros01.livrosgratis.com.br/cp093413.pdf.

30 Ferreira SR. Residência Integrada em saúde: uma modalidade de ensino em serviço [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

31 Lima (2008) apud Silva RMO. Especialização em enfermagem sob a forma de residência: experiência transicional na trajetória das egressas [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2013.

32 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n º 259/ 2001. Estabelece Padrões Mínimos para Registro de Enfermeiro Especialista, na Modalidade de Residência em Enfermagem. [Citado maio 26 2014]. Disponível em: http://www.conarenf.com.br/2008/sections.asp?sectionid=69

33 Ferreira, Olschowsky (2005) apud Farjado AP, Rocha CMF, Pasini VL (org.). Residência em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010[citado fev. 25 2015]. Disponível em: www.sbrafh.org.br/site/index/library/id/49

34 Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005: institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude –CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília; 2005.

35 Brasil. Portaria Interministerial MEC/MS Nº 45, DE 12 DE JANEIRO DE 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da

Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p.24-25. Disponível em:

36 Maeda DY. Preceptoria no curso de residência em enfermagem: competências da Enfermeira [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2006.

37 Ribeiro KRB, Prado ML. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. Rev Gaúcha Enferm. [serial online] 2013 [citado em 12 ago. 2014];35(1):161-165. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472014000100161&script=sci_arttext&tlng=pt.

38 Mills JE, Francis KL, Bonner A. Mentoring, supervisão clínica e preceptoring: clarificando as definições conceituais para enfermeiros rurais australianos. Uma revisão da literatura. Rurais e Remotas Saúde [serial online] 2005 [cited 2014 ago. 10];5:410. Available from: http://www.rrh.org.au,

39 Al-Hussami M, Saleh MYN, Darawad M, Alramly M. Evaluating the Effectiveness of a Clinical Preceptorship Program for Registered Nurses in Jordan. The Journal of Continuing Education in Nursing · 2011;42(10):569-76.

40 Barker ER, Pittman O. Becoming a super preceptor: A practical guide to preceptorship in today's clinical climate. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 2010;22 (3):144–9.

41 Brasil. Ministério da Educação. Legislação específica.Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012.Dispõe as **Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde.** [acesso em 25 Nov. 2014]. Disponível em: Disponível em : http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=813&catid=247%3Aresidencia-medica&id=12500%253%20Alegislacao-especifica&option=com_content&view=article

42 Feuerwerker LCM. As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação Laura CM. In:_____. Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde. Juiz de Fora: UFJF; 2011. p. 30.

43 Mantzorou M. Preceptorship in nursing education: is it a viable alternative method for clinical teaching? Icus Nurs Web J 2004 July/Sep;(19):1-10.

44 Myrick F, Yonge O, Billay D. Preceptorship and practical wisdom: A process of engaging in authentic. Nurse Education in Practice 2010;10 (2):82–87.

45 De Wolf JA, Laschinger S, Perkin C. Preceptors' Perspectives on Recruitment, Support, and Retention of Preceptors. J Nurs Educ. 2010 Apr;49(4):198-206.

46 Botti SHO, Rego STA. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são seus papéis? Rev. Bras. Educ. Med. 2008;32(3):263-373.

47 Edwards (2002) apud Imbelloni GL. Ensino-aprendizagem de enfermagem na rede básica de saúde : a preceptoria de estágio de uma instituição de ensino superior do noroeste fluminense [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, 2012.

48 Farjado AP. Os tempos da docência nas residências em área profissional da saúde: ensinar, atender e(re)construir as instituições-escolas na saúde [tese].Porto Alegre: Universidade federal do Rio Grande do Sul; 2011.

49 Feuerwerker (apud) apud Ribeiro MVB (Org). Formação pedagogica de preceptores do ensino em saude. Juiz de For a – MG: UFJF; 2011.

50 Chemello D, Manfroi WC, Machado CLB. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo Preceptoria em um Minuto. Revista Brasileira de Educação Médica 2009;33(4):664–9.

51 Rocha HC, Ribeiro VB. Curso de Formação Pedagógica para Preceptores do Internato Médico. Revista Brasileira de Educação Médica [periódico na Internet] 2012[acesso em 2014 mar. 19];36(3):343-350, Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n3/08.pdf.

52 Bentes A, Leite AJM, Montenegro APDR, Paiva Júnior BR, Fernandes CR, Chiesa D et al. Preceptor de Residência Médica: Funções, Competências e Desafios. A Contribuição de Quem Valoriza porque Percebe a Importância: Nós Mesmos! Cadernos ABEM 2013 out.;9:32-9.

53 Brasil. Lei nº 9394/96, Lei de Diretrizes Básicas da Educação Nacional – LDB. Brasília; 1999.

54 _____. Resolução 03/2001. Diário Oficial 2001 nov. 9;s.1:37.

55 Bunck GP. La transmisión de Ias competencias de Ia formación y perfeccionamiento profesional de Ia RFA. Revista CEDEFOP [periódico na Internet] 1994 [acesso em: 2015 fev. 25] 1994; 1(94). Disponível em: www.cedefop.europa.eu/files/1-es.pdf.

56 Trajman A, Assunção N, Venturi M, Tobias D, Toschi W, Brant V. Preceptoria na rede básica municipal do Rio de Janeiro. Rev Bras Educ Méd. 2009;33(1):24-32.

57 Lima et al. Valorização da Preceptoria de Residência Médica na Região Amazônica. Cadernos ABEM [periódico na Internet] out. 2013[citado em 25 jun. 2014];9:32-9.p.73. disponível em:

58 Tavares PEN, Santos SAM, Comassetto I, Santos RM, Santana VVRS. Vivência do ser enfermeiro e preceptor em um hospital escola: olhar fenomenológico. Rev Rene 2011 out./dez.; 12(4):798-807.

59 Farjado AP, Ceccim RB. O trabalho da preceptoria nos tempos de Residência em área profissional da saúde. In: Farjado AP, Rocha CMF, Pasini VL (org.). Residência em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010.

60 Soares et. al. A Importância da Regulamentação da Preceptoria. Cadernos ABEM [periódico na Internet] out. 2013[citado em 25 jun. 2014];9. p.20 Rio de Janeiro. Disponível em:

61 Missaka H, Ribeiro VMB. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica 2007-2009. Rev. Bras. Educ. Méd. 2011;35(3):303-310.

62 Barros MCN. Papel do preceptor na residência multiprofissional: experiência do serviço social [Monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

63 Rocha HC. Avaliação da prática de preceptoria após formação pedagógica [dissertação] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012. [citado em 20 jun. 2014] Disponível em: http://www.nutes.ufrj.br/mestrado/arquivos/HULDA%20CRISTINA%20ROCHA.pdf

64 Imbelloni GL. .Ensino-aprendizagem de enfermagem na rede básica de saúde: a preceptoria de estágio de uma instituição de ensino superior do noroeste fluminense [dissertação]. Rio de Janeiro: [s.n.]; 2012.

65 Brasil. Lei no 1.431, de 7 de janeiro de 2002. Cria a Gratificação de Preceptoria no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde e Saneamento. Diário Oficial do Estado do Acre 2011 dez. 20;cad. Único:11.

66 _____. Decreto nº 57.865, de 13 de Março de 2012: dispõe sobre quantificação e critérios para concessão da Gratificação de Preceptoria. Diário Oficial de São Paulo 2008 mar. 14;s. I.

67 _____. Lei nº 8.251 de 23 de abril de 2002: institui a gratificação de serviços de infectologia e altera o percentual da gratificação por atividades de preceptoria do Grupo Ocupacional Serviços Públicos de Saúde, criada pela Lei nº 5.828, de 13 de junho de 1990. São Paulo; 2012.

68 Moreira TMA. Avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase: um estudo de caso.[tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2002**.**

69 Kantorski LP, Wetzel C, Olschowsky A, Jardim VMR, Bielemann VLM, Schneider JF. Avaliação de quarta geração - contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. Interface - Comunic., Saude, Educ. 2009 out./dez.;13(31):343-55.

70 Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciência & Saúde Coletiva 2006;11(3):705-711.

71 Guba EG, Lincoln YS. Guidelines and checklist for constructivist (a.k.a. fourth generation) evaluation [Internet]. [S.l.: s.n.]; 2001 [acesso em: 2014 mar. 19]. Disponível em: http://www.wmich.edu/evalctr/ archi checklists/constructivisteval.pdf

72 Navarro LM, Frias PG, Figueiró AC. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: _____. Avaliação em saúde-Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. Cap. 1.

73 Alkin MC. Evaluation Roots: an international perspective Fred Carden International Development Research Centre. Journal of MultiDisciplinary Evaluation 2012 jan.;8(17):102-118.

74 Mertens D. . Métodos mistos de avaliação: aumentando a efetividade do investimento social privado. In: Fundação Itaú Social. Avaliação para o investimento social privado : metodologias. São Paulo: Fundação Santillana; 2013.

75 Verani JFS. Avaliação para o investimento social privado : metodologias [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

76 Patton MQ. Evaluation, Knowledge Management, Best Practices, and High Quality Lessons Learned. American Journal of Evaluation [periodico na Internet] 2001 [acesso em: 2014 mar. 19]; 22(3): 329. Available from: http://aje.sagepub.com.

77 Patton (1997) apud Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: Conceitos e métodos. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.

78 Donabedian A. Enfoques básicos para la evaluación. IN: La qualidad de la Atencion Médica: Definición e Métodos de Evaluación. La prensa Médica Mexicana; 1984. cap.3, p.97-157.

79 Aguilar; Ander-Egg (1994) apud Almeida VP. Avaliação de Programas Sociais: De Mensuração de Resultados para uma Abordagem Construtivista. Pesquisas e Práticas Psicossociais [periódico na Internet] 2006 dez. [cited 2014 mar. 19];1(2):1-13. Disponível em: http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/VicenteAlmeida.pdf.

80. Champagne F., Contandriopoulos A., Brousselle A., Hartz Z. Avaliação no campo da Saúde: conceitos e métodos. Do livro avaliação: conceitos e métodos. . Capitulo 2. Pagina 44. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz;2013

81 Moreira TMA. Estudo de caso da avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.Disponivel em:

82 Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev. Saúde Pública [periódico na Internet] 2000 [cited 2014 mar. 19];34(5): 547-59.Disponível em: http://www.fsp.usp.br/rsp.

83 Aguillar MJ, Ander-Egg E. Avaliação de serviços e programas sociais. Petrópolis, RJ: Vozes; 1994.

84 Cotta TC. Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e de impacto. Revista do Serviço Público 1998 abr./jun.;49(2):103-24.

85 Pinto (1986) apud Acurcio FA, Cherchiglia ML, Santos MA. 1991. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. Saúde em Debate 1991;33:50-53.

86. Lima RT, Silva EP. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. R bras ci Saúde [Internet]. 2011[citado em 10 jul. 2014]; 15(1):103-114 . Disponível em: http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs

87 Malta DC. Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996 [tese].Campinas-SP: UNICAMP; 2001.

88 Contandriopoulos AP. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos .In: Hartz ZMA (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p.29-48

89 Colussi CF. Avaliação da qualidade da atenção em saúde Bucal em Santa Catarina [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.

90 CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Framework for Program Evaluation in Public Health. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. [Internet]. Set. 1999 [citado em 15 fev. 2015]; 48(11).

91 Denis JL, Champagne F. Análise da implantação. In Hartz ZMA (org). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. 2. ed. Rio de Janeiro,RJ: Fiocruz; 2006.

92 Medina MG. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA (org). Avaliação em saúde dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 41-63.

93 Kellogg Foundation. Using logic models to bring together planning, evaluation, & action: Logic model development guide. Battle Creek (MI): 2004.

94 Innovation Network, Inc. Logic Model Workbook. Washington. [Internet]. p: 1-18. [Acesso em: 2014 out.20]. Disponivel em: http://www.innonet.org/client_docs/File/logic_model_workbook.pdf.

95 Ferreira H, Cassiolato M, Gonzalez R. Como elaborar Modelo Lógico de programa: um roteiro básico [Internet]. Brasília (DF): 2007. [acesso em: 2011 set. 11]. Disponível em: http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/TDs/td_1369.pdf

96 Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciência e Saúde Coletiva. [Internet]. 1999; 4:341-353.

97 Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de Programas: da Teoria à Operacionalização. In: Samico I (org). Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro (RJ): MedBook; 2010. p. 65-78.

98 UPE. Resolução CONSUN no 018/2012. Ementa: normaliza o complexo Hospitalar Universitário da Universidade de Pernambuco. Recife; 2012.

99 UPE. Resolução CEPE nº 048/2014. Ementa**:** Aprova o Regimento da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade de Pernambuco–COREMU. 25 de junho de 2014

100 Cassiolato M, Gueresi S. Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação [Internet]. Brasília: Instituto econômico aplicado-IPEA; 2010 [acesso em 2015 fev. 25]. Disponível em: www.ipardes.gov.br/pdf/multissetorial/nota_tecnica_IPEA.pdf

101. Renger R, Titcomb A. A three-step approach to teaching logic models. *Am J Eval* 2002; 23 (4): 493-503. Apud Fonseca FV. Modelo de Reabilitação Profissional: uma proposta de avaliação da eficácia. [Dissertação]. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis, 2011. Disponível em:

102 Campos RTO, Miranda L, Gama CAP, Ferrer AL, Diaz AR, Gonçalves L, Trapé TL. Oficina de construção de indicadores e dispositivos de avaliação: uma nova técnica de consenso. Estud. pesqui. psicol. [internet].abril2010[citado em 15 feve. 2015]; 10(1). Disponível em:

103 Gouveia CSD. Desenvolvimento de indicadores para hospitais de pacientes agudos. [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2011. Pag. 17. Disponível em:

104 Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos: relatório 2001- 2002/ Adriana Mitsue Ivama ...[et al.]. - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002 46 p. disponível em:

105 Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Consensus methods: Review of original methods and their main alternatives used in public health. Rev Epidemiol Sante Publique. [Internet]. 2008 [acesso em 2015 fev. 25];56(6):415-23. Disponível em:

APÊNDICE 1

RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS

1. PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO da Especialização em Enfermagem Cardiológica na Modalidade de Residência do Pronto Socorro Cardiológico do recife- PROCAPE.	Formulário de Pedido de Aprovação dos Cursos de pós-graduação ***"Lato Sensu",*** Recife, 2012- Universidade de Pernambuco.
2. PROJETO POLITICO PEDAGÓGICO do Curso de Especialização em Enfermagem em Oncologia na modalidade de Residência, Hospital Universitário Oswaldo Cruz.	Formulário de Pedido de Aprovação dos Cursos de pós-graduação- ***"Lato Sensu".*** Recife, 2012. Universidade de Pernambuco
3. PROJETO POLITICO PEDAGÓGICO do Curso de Especialização em Enfermagem em Saúde da Mulher na modalidade de Residência, Centro Integrado Amaury de Medeiros (CISAM)	Formulário de Pedido de Aprovação dos Cursos de pós-graduação- ***"Lato Sensu".*** Recife, 2012. Universidade de Pernambuco
4. LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005, ART. 13.	Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude. Art. 13. Fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica.
5. PORTARIA INTERMINISTERIAL MEC/MS Nº 45, DE 12 DE JANEIRO DE 2007	Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
6. RESOLUÇÃO CEPE N^0 014/ 2014	Estabelece normas para o funcionamento dos cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu*, na modalidade Residência, oferecidos pela Universidade de Pernambuco.
7. RESOLUÇÃO CEPE Nº 048/2014 (Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão – CEPE)	**Ementa:** Aprova o Regimento da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade de Pernambuco–COREMU
8. RESOLUÇÃO CNRMS Nº 2, DE 13 DE ABRIL DE 2012 (CNRMS_ Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde)	Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde.
9. RESOLUÇÃO CNRMS Nº 3, DE 4 DE MAIO DE 2010.	Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes.
10. RESOLUÇÃO COFEN (Conselho Federal de Enfermagem**) N^0 259/2001**	Estabelece Padrões mínimos para registro de Enfermeiro Especialista, na modalidade de Residência em Enfermagem

APENDICE 2

CARTA DE APRESENTAÇÃO - CONVITE AO ESPECIALISTA

Prezada(o):

Como aluna do Curso de Mestrado em Educação para o Ensino na área de Saúde pela Faculdade Pernambucana venho convidá-la a participar da pesquisa da minha dissertação, intitulada: **"***Construção e Validação de um Modelo Lógico de Avaliação de Desempenho de Preceptores de Prática Clínica da Residência de Enfermagem em Cardiologia",* como Especialista Convidada.

Estamos desenvolvendo um modelo para avaliação de desempenho de preceptor clínico de Residência de Enfermagem, visto que o preceptor exerce papel importante e determinante na construção de processos formativos do residente em programas de residência. Todavia há poucos estudos no campo da avaliação de preceptores ou mesmo instrumentos avaliativos desenvolvidos a fim de identificar as fragilidades e fortalezas da preceptoria. O estudo foi formulado com a intenção de responder à indagação: De que maneira está sendo avaliada a preceptoria de prática clínica no programa de residência de enfermagem em Cardiologia? Por não encontrar na literatura instrumento avaliativo que respondesse a tal questionamento, optou-se no atual estudo, pela construção de uma ferramenta avaliativa que pudesse responder a essa indagação. Essa ferramenta avaliativa foi desenvolvida a partir do modelo lógico.

Optou-se por uma técnica que possibilita a participação dos convidados, ao mesmo tempo em que preserva o anonimato destes, que se denomina *Conferência de Consenso,* no qual seleciona e convida os especialistas participarem das duas etapas desta técnica.

A proposta inicial é desenvolvida em etapas sequenciais:

a) A primeira etapa os participantes da conferencia receberão por correio eletrônico o material para análise, contendo o Modelo Lógico(em PDF) e a Matriz de Indicadores, onde constam os componentes, indicadores, as medidas e os parâmetros que orientarão a avaliação. Com relação à **Matriz de Indicadores**, na coluna "**AVALIAÇÃO QUALITATIVA"** o Especialista Convidado julgará o indicador como: indispensável **ou** Necessário **ou** dispensável, e só a partir da sua decisão a um desses três atributos que você julgará na coluna "**AVALIAÇÃO QUANTITATIVA"** atribuindo uma nota de 0 a 6;

b) Retorno do material pelos participantes contendo o registro nas colunas correspondentes com a emissão do julgamento na matriz;

c) Consolidação pelos pesquisadores das respostas aos itens solicitados;

d) Na segunda etapa realizar-se-á uma reunião presencial com o grupo de especialistas, onde os resultados consolidados serão repassados aos participantes que poderão manter ou alterar suas respostas anteriores.

O prazo para resposta da primeira etapa (até o item “b”, acima) será até o próximo **dia 14 de Outubro de 2014 (terça-feira)**. As respostas devem ser enviadas para o endereço **kellylemes@ig.com.br**

Agradecemos antecipadamente a participação dos convidados que atenderam prontamente ao convite.

Solicitamos a atenção de todos quanto à forma de preenchimento da planilha, e o prazo de resposta, a fim de que obtenhamos o máximo proveito desta etapa da metodologia.

Ficamos à disposição, através deste endereço eletrônico, para solucionar possíveis dúvidas quanto ao processo.

Entendemos tratar-se de uma oportunidade ímpar na busca de consenso sobre questões que permeiam a preceptoria, os processos avaliativos e de gestão sobre a mesma. Dessa forma, estamos buscando encontrar entendimento e possíveis respostas às questões, através da participação e consenso de atores sociais envolvidos.

Segue também anexo o parecer positivo do Comitê de ética em Pesquisa e o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Solicitamos imediata confirmação do recebimento deste material.

Atenciosamente,

Kelly Cristina Torres Lemes
Aluna da Pós-Graduação do Mestrado em Educação para o Ensino na Área de Saúde, da Faculdade Pernambucana de Saúde- FPS

Profa. Dr[a]. Luciana Andreto (Orientadora)
e-mail: lucianandreto@hotmail.com

APÊNDICE 3

MATRIZ DE INDICADORES: Distribuição de pontuação por indicadores, para a análise de Avaliação

A partir desta secção o especialista convidado deverá julgar qualitativamente e quantitativamente, conforme instrução constando no "Convite ao Especialista".

COMPONENTE I: FORMAÇÃO PEDAGÓGICA

INDICADORES	AVALIAÇÃO QUALITATIVA	AVALIAÇÃO QUANTITATIVA
1. PARTICIPAÇÃO NAS REUNIÕES DO NÚCLEO DOCENTE ASSISTENCIAL ESTRUTURANTE (NDAE);	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
2. PARTICIPAÇÃO EM CURSOS DE FORMAÇÃO PEDAGÓGICA	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
3. RECEBER TREINAMENTO EM ENSINO DE AMBIENTES DE PRÁTICA CLÍNICA	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
4. PRECEPTORES ATIVOS EM SUA EDUCAÇÃO PERMANENTE QUANTO SUA PRÁTICA E FORMAÇÃO	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
5. PRECEPTORES LÍDERES MOTIVANDO OUTROS PRECEPTORES	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐

6. TER RECEBIDO FORMAÇÃO EM HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	**0** ☐ **3** ☐ **6** ☐ **1** ☐ **4** ☐ **2** ☐ **5** ☐
7. TER RECEBIDO FORMAÇÃO EM CURSO DE METODOLOGIA CIENTIFICA	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	**0** ☐ **3** ☐ **6** ☐ **1** ☐ **4** ☐ **2** ☐ **5** ☐
8. TER RECEBIDO FORMAÇÃO EM CURSO DE RESOLUÇÃO DE CONFLITO	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	**0** ☐ **3** ☐ **6** ☐ **1** ☐ **4** ☐ **2** ☐ **5** ☐
9. TER RECEBIDO FORMAÇÃO EM CURSO DE ÉTICA E BIOÉTICA	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	**0** ☐ **3** ☐ **6** ☐ **1** ☐ **4** ☐ **2** ☐ **5** ☐
10. TER RECEBIDO FORMAÇÃO EM CURSO ADMINISTRAÇÃO E GERENCIAMENTO	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	**0** ☐ **3** ☐ **6** ☐ **1** ☐ **4** ☐ **2** ☐ **5** ☐
11. TER RECEBIDO FORMAÇÃO EM CURSO DE RECURSOS TECNOLÓGICOS	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	**0** ☐ **3** ☐ **6** ☐ **1** ☐ **4** ☐ **2** ☐ **5** ☐

COMPONENTE II: REGULAÇÃO E GESTÃO DO TRABALHO

INDICADORES	AVALIAÇÃO QUALITATIVA	AVALIAÇÃO QUANTITATIVA
1. PRECEPTOR COM USUFRUTO DE DOCUMENTO DECLARATIVO DE SUA FUNÇÃO	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
2. PRECEPTORES SELECIONADOS A PARTIR DE CRITÉRIOS ESTABELECIDOS	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
3. PRECEPTORES COM CONHECIMENTO DO PROJETO POLITICO PEDAGÓGICO E DO REGIMENTO INTERNO DO PROGRAMA	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
4. PRECEPTORES NO EXERCÍCIO DA FUNÇÃO PAUTADO EM SEUS DIREITOS E DEVERES	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
5. PARTE DA CARGA HORARIA DESTINADA AO EXERCÍCIO DA PRECEPTORIA	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
6. RECEBIMENTO DE GRATIFICAÇÃO REMUNERADA PELA FUNÇÃO DE PRECEPTORIA	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
7. INCLUSÃO EM PLANO DE CARGOS E CARREIRAS DE PRECEPTORIA	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐

8. PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS TÉCNICO-CIENTIFICO (CURSOS, PALESTRAS, SIMPÓSIO, ETC..) POR MEIO DE APOIO DO PRE E INSTITUIÇÕES CO-RESPONSAVEIS	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
9. PRECEPTORES COM ESPECIALIZAÇÃO OU CURSO DE APERFEIÇOAMENTO NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA DE RESIDENCIA	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
10. OFERTA DE VAGAS DE MESTRADO E DOUTORADO PARA PRECEPTOR	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
11. PRECEPTORES CADASTRADOS NOS SISTEMAS LIGADOS AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA (SISPG-UPE E O SI-CNRMS, E CERENF)	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
12. PRECEPTORES COM APOIO PSICOPEDAGÓGICO	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
13. PRECEPTORES ENVOLVIDOS EM GRUPOS DE PESQUISA E ESTUDO, VOLTADOS À PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO E DE TECNOLOGIAS QUE INTEGREM ENSINO E SERVIÇO	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐

14. REALIZAÇÃO DE SUA AUTO-AVALIAÇÃO E PARTICIPAÇÃO NA AVALIAÇÃO DE SEU DESEMPENHO DE SUAS ATIVIDADES EDUCACIONAIS	☐ ***Indispensável*** ☐ ***Necessário*** ☐ ***Dispensável***	**0** ☐ **3** ☐ **6** ☐ **1** ☐ **4** ☐ **2** ☐ **5** ☐
15. PARTICIPAÇÃO DO PRECEPTOR EM CANAIS DE COMUNICAÇÃO INFORMAL- WEB (FÓRUM, BATE-PAPO, ETC)PARA INTEGRAÇÃO E COMPARTILHAMENTO DE EXPERIÊNCIA	☐ ***Indispensável*** ☐ ***Necessário*** ☐ ***Dispensável***	**0** ☐ **3** ☐ **6** ☐ **1** ☐ **4** ☐ **2** ☐ **5** ☐

COMPONENTE III: ESTRUTURA

NDICADORES	AVALIAÇÃO QUALITATIVA	AVALIAÇÃO QUANTITATIVA
1. BIBLIOTECA FÍSICA OU ELETRÔNICA DISPONÍVEL PARA O ACESSO DO PRECEPTOR;	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
2. UTILIZAÇÃO DE RECURSOS WEB EDUCACIONAIS OU AMBIENTES VIRTUAIS DE APRENDIZAGEM (AVAS);	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
3. UTILIZAÇÃO DE ESPAÇOS PARA DISCUSSÃO DE CASOS OU DE TÉCNICAS;	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
4. ACESSO A ESPAÇOS DE INFORMÁTICA PARA PESQUISA;	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
5. NUMERO DE PRECEPTORES SUFICIENTES	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
6. OFERTA DE INSUMOS E MATERIAIS DE APOIO À PRECEPTORIA;	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐

COMPONENTE IV: PROCESSUAL

INDICADORES	AVALIAÇÃO QUALITATIVA	AVALIAÇÃO QUANTITATIVA
1. PRECEPTOR DE REFERÊNCIA COM ADEQUADAS COMPETÊNCIAS (TÉCNICA, METODOLOGICA, SOCIAL E PARTICIPATIVA) PARA O APOIO AO RESIDENTE :	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
2. PARTICIPAÇÃO EM CONJUNTO COM COORDENADOR, SUPERVISOR NO PLANO DE ATIVIDADES TEÓRICO-PRÁTICA DO RESIDENTE;	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
3. PRECEPTORES PROMOVENDO AOS RESIDENTES ATIVIDADES INTERDISCIPLINAR E DE INTEGRAÇÃO COM A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E RESIDENTES DE OUTROS PROGRAMAS ;	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
4. PRECEPTORES CONTRIBUINDO PARA O APRIMORAMENTO DO PROJETO PEDAGÓGICO- PP	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
5. FREQUÊNCIA DO RESIDENTE MONITORADA PELO PRECEPTOR ;	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐
6. PRECEPTOR COMO ORIENTADOR OU CO-ORIENTADOR NOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA (ARTIGOS CIENTÍFICOS, MONOGRAFIA) PARA O RESIDENTE.	☐ *Indispensável* ☐ *Necessário* ☐ *Dispensável*	0 ☐ 3 ☐ 6 ☐ 1 ☐ 4 ☐ 2 ☐ 5 ☐

7. DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES DE ENSINO-APRENDIZAGEM COM VISTAS AO ALCANCE DOS OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM DO RESIDENTE;	☐ ***Indispensável*** ☐ ***Necessário*** ☐ ***Dispensável***	**0** ☐ **3** ☐ **6** ☐ **1** ☐ **4** ☐ **2** ☐ **5** ☐
8. PRECEPTORES ADOTANDO TÉCNICAS DE ENSINO CLÍNICO PARA O APRENDIZADO DO RESIDENTE;	☐ ***Indispensável*** ☐ ***Necessário*** ☐ ***Dispensável***	**0** ☐ **3** ☐ **6** ☐ **1** ☐ **4** ☐ **2** ☐ **5** ☐
9. PRECEPTORES UTILIZANDO E ENSINANDO OS PROCEDIMENTOS COM BASE NOS PROTOCOLOS OPERCACIONAL PADRONIZADO- POP	☐ ***Indispensável*** ☐ ***Necessário*** ☐ ***Dispensável***	**0** ☐ **3** ☐ **6** ☐ **1** ☐ **4** ☐ **2** ☐ **5** ☐
10. PRECEPTORES GERENCIANDO DESEMPENHOS DOS RESIDENTES;	☐ ***Indispensável*** ☐ ***Necessário*** ☐ ***Dispensável***	**0** ☐ **3** ☐ **6** ☐ **1** ☐ **4** ☐ **2** ☐ **5** ☐
11. PRECEPTOR INSERIDOS NAS AVALIAÇÕES DO RESIDENTE, PRECEPTORES SENDO AVALIADOS E AUTO-AVALIADOS;	☐ ***Indispensável*** ☐ ***Necessário*** ☐ ***Dispensável***	**0** ☐ **3** ☐ **6** ☐ **1** ☐ **4** ☐ **2** ☐ **5** ☐

APÊNDICE 4

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Titulo: Construção e Validação de um Modelo Lógico de Avaliação de Desempenho de Preceptores de prática clínica da residência de enfermagem

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS:

Você está sendo convidada como voluntária para compor ao grupo de especialistas – "*experts*" – no assunto (Modelo Lógico e Residência de Enfermagem), para participar da pesquisa: Construção e Validação de um Modelo Lógico de Avaliação de Desempenho de Preceptores de prática clínica da residência de enfermagem.

O objetivo de esse projeto Construir e validar um modelo lógico para avaliação de desempenho dos preceptores dos programas de residência de enfermagem do complexo Hospitalar da Universidade de Pernambuco

O(os) procedimento(s) de coleta de dados será da seguinte forma: Na primeira etapa da pesquisa a versão preliminar do modelo lógico e matriz de indicadores aos *experts*, para a votação inicial. Na segunda etapa acontecerá uma reunião presencial, na qual todos os convidados presentes poderão esclarecer suas opiniões e votação da matriz de indicadores.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Os desconfortos e riscos relacionados aos participantes serão mínimos, que pode ser decorrentes do constrangimento de opinar e falar em grupo. Os benefícios com este estudo será o de poder contribuir para a melhoria do processo ensino-aprendizagem na residência de Enfermagem.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora Kelly Cristina Torres Lemes, certifica-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelo pesquisador responsável: Kelly Cristina Torres Lemes através do telefone (081)3492-3031 ou (081) 86467987 endereço: rua Catulo da Paixão Cearense n^{0}1045, Jardim Atlântico, Olinda –PE ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, sito à Rua Jean Emile Favre nº 422, Imbiribeira.

Tel: (81) 30357732 que funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 no prédio do Bloco 9, sala 9.1.10 B, 1º andar e pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br

O CEP-FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome Assinatura do Participante Data

Nome Assinatura do Pesquisador Data

Nome Assinatura da Testemunha Data

APÊNDICE 5

MENSAGEM PARA REUNIÃO DE CONSENSO

Prezado:

Estamos retomando a segunda etapa da conferência de consenso que é a reunião presencial. As suas respostas à matriz de indicadores foram extremamente válidas. Consolidamos os julgamentos realizados por todos e estaremos apresentando no grupo para discussões e esclarecimentos. Após esse momento todos serão convidados, silenciosamente e individualmente a revisar sua avaliação inicial e fazer seu último julgamento acerca dos indicadores.

A reunião ocorrerá na data: **04/12/2014 (quinta-feira)** no Centro de Estudo do Hospital PROCAPE (Rua dos Palmares, S/N Santo Amaro - Recife/PE), 1º andar sala 02, **horário: 13 h às 16 h**. Nesta ocasião, será fornecido aos participantes: ***Coffee break*** no início ou término do encontro.

Destacamos a importância da sua participação para o sucesso da pesquisa e contamos com sua presença no dia e local determinados. Confirmaremos sua participação no dia anterior à realização da reunião, através de contato telefônico.

Em tempo, antecipo meus agradecimentos pela sua colaboração.

Cordialmente,

Kelly Cristina Torres Lemes
Aluna da Pós-Graduação do Mestrado em Educação para o Ensino na Área de Saúde, da Faculdade Pernambucana de Saúde- FPS.
Contato: 86467987 /

Profa. Drª. Luciana Andreto (Orientadora)
e-mail: lucianandreto@hotmail.com

ANEXO 1

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - AECISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM MODELO LÓGICO DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE PRECEPTORES DE PRÁTICA CLÍNICA DA RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM

Pesquisador: kelly cristina torres lemes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28560214.6.0000.5569

Instituição Proponente: ASS. EDUCACIONAL DE CIENCIAS DA SAUDE - AECISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 556.065

Data da Relatoria: 13/03/2014

Apresentação do Projeto:

Adequada.

Objetivo da Pesquisa:

Adequado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram descritos riscos e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande relevância científica e acadêmica, com metodologia proposta que respeita os princípios da ética em pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Recomendo aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado do ponto de vista ética e sem pendências.

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - AECISA

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RECIFE, 13 de Março de 2014

Assinador por:
Ariani Impieri de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Jean Emile Favre, 422
Bairro: IMBIRIBEIRA **CEP:** 51.200-060
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)3035-7732 **E-mail:** ariani@impi.org.br