

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

BETTY WILMA DA COSTA ROCHA

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM
DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO RECIFE SOB A
PERSPECTIVA DOS ENVOLVIDOS: UM ESTUDO
QUALITATIVO**

**RECIFE
2015**

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

BETTY WILMA DA COSTA ROCHA

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM DE UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO RECIFE SOB A PERSPECTIVA DOS
ENVOLVIDOS: UM ESTUDO QUALITATIVO**

Dissertação apresentada em
cumprimento às exigências para
obtenção do grau de Mestre em
Educação para o Ensino na área de saúde
pela Faculdade Pernambucana de Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação de estudantes, da aprendizagem e de ambientes de ensino-aprendizagem

Orientadora: Prof.^a Dra. Luciana Marques Andreto

Co-orientador: Prof. MsC. Rafael Batista de Oliveira

Recife
2015

Dedicatória

Aos meus queridos pais pela dedicação de uma vida, amor e apoio incondicional. Se eu pudesse agradecer todos os dias, ainda seria pouco.

BETTY WILMA DA COSTA ROCHA

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM DE UM
HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO RECIFE SOB A PERSPECTIVA DOS
ENVOLVIDOS: UM ESTUDO QUALITATIVO**

Dissertação apresentada em 26 de março de 2015.

Membros da banca examinadora:

Profa. Dra. Luciana Marques Andreto-FPS

Profa. Dra. Carmina Silva dos Santos-FPS

Profa. Dra. Juliany Silveira Braglia César Vieira-FPS

Prof. Dr. José Alexandre de Andrade Ferreira-HOF

Agradecimentos

A Deus, que proporcionou saúde e paz de espírito para a realização deste árduo trabalho.

Aos meus pais, Seu Rocha e Dona Dudu, pelo apoio, amor e carinho incondicionais de sempre. Sem vocês com certeza não seria nada.

Aos meus orientadores, Profa. Luciana e Prof. Rafael pela paciência e ajuda.

Ao coordenador da residência, Alexandre, pela solidariedade e disponibilidade ímpar.

Aos sujeitos da pesquisa, residentes e preceptores que abrilhantaram na realização da pesquisa, através da disponibilidade, sinceridade e empatia.

Aos colegas de turma, pela união, ajuda mútua e amizade.

Aos Mestres, professores que com paciência iluminaram os caminhos obscuros do saber.

E a todos, que de alguma forma ajudaram na realização dessa pesquisa. Sozinho não somos nada.

“A prática precisa da avaliação
como os peixes precisam de água
e a lavoura da chuva.”

Paulo Freire, 1988

IDENTIFICAÇÃO

Título: Análise do programa de residência em Enfermagem de um hospital de referência de Recife sob a perspectiva dos envolvidos: um estudo qualitativo.

Aluna: Betty Wilma da Costa Rocha, mestranda do Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS.

Rua Estudante Jeremias Bastos, N° 284, apto 1303, Pina – Recife – PE – BR. CEP: 51011-040. Tel.: (81) 99225142. Email: betty.rocha@hotmail.com

Orientadora: Luciana Marques Andreto, Doutora.

Tel. (81) 91080939- Email: lucianandreto@fps.edu.br

Co-orientador: Rafael Batista de Oliveira, Mestre.

Tel. (81) 88921014 – Email: rafael.oliveira@fps.edu.br

Local de realização do trabalho: Hospital Otávio de Freitas- Residência de Enfermagem em Pneumologia
Rua Aprígio Guimarães S/N, Tejipió, na cidade do Recife, no estado de Pernambuco.

RESUMO

Introdução: A residência facilita o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes à profissão através da exercitação cotidiana. **Objetivo:** Analisar o programa de Residência de Enfermagem em Pneumologia sob a perspectiva dos envolvidos. **Métodos:** Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica. Realizado através de grupo focal e entrevistas individuais semiestruturadas para residentes e preceptores, respectivamente. As falas foram gravadas, transcritas e arquivadas. Foi escolhido um pseudônimo para cada indivíduo. **Resultados:** Após o consenso de três analistas, os temas foram: *Currículo do programa, Preceptor e Avaliação*. Foram encontradas 11 categorias no grupo dos residentes e 10 no dos preceptores. As categorias convergentes nos dois grupos foram: *Carga horária exaustiva, Objetivos de aprendizagem e competências desconhecidos, Estratégias, ambientes e recursos educacionais adequados, Percepção equivocada da função do residente e Instrumento de avaliação superficial*. As categorias divergentes entre os envolvidos foram: *Sobrecarga de funções, Conflito de identidade profissional e Momento inadequado da avaliação* que emergiram apenas nos preceptores e *Papel docente ineficiente, Formação inadequada de alguns preceptores, Necessidade de capacitação docente e Ausência de auto avaliação e feedback* para os residentes. As potencialidades do programa foram ocorrência de estratégias e recursos educacionais adequados, a oportunidade de integração com a equipe multiprofissional, e ser localizado em um hospital de referência. As fragilidades foram a preceptoría e avaliação. Contudo, o programa segue as diretrizes e princípios do sistema único de saúde, possuindo resoluções que o regulamenta. **Conclusões:** Emergiram os mesmos três temas para os dois grupos envolvidos, 11 categorias nos residentes e 10 nos preceptores, onde apesar delas serem específicas interligam-se reforçando o fenômeno estudado. Como o tema é bastante complexo e de ampla discussão, não se pode esgotar em todas as respostas, merecendo novos e mais debates para aprofundamento da temática que envolve todos os interessados. Os envolvidos acreditam que apesar das fragilidades apontadas, os benefícios pessoais e profissionais ao profissional egresso superam as possíveis falhas existentes no sistema atual. Ainda sim, é uma grande oportunidade de crescimento pessoal, intelectual e profissional participar de um programa de residência.

Descritores: Avaliação de desempenho; Treinamento em serviço; Educação de Pós-Graduação em Enfermagem;

ABSTRACT

Introduction: The residence facilitates the development of knowledge, skills and attitudes inherent to the profession through of often exercise. **Objective:** To analyze the nursing residency program in pulmonology from the perspective of involved. **Methods:** Qualitative study with a phenomenological approach. Conduzed through focus group and interviews to residentes and preceptors, respectively. The statements were recorded trascribed and filed. A nickname for each individual was chosen. **Results:** After the consensus of three analysts, the themes were: *Curriculum of the program, Preceptor and Assessment*. Were found 11 categories in the group of residents and 10 in the preceptors. The converging categories in both groups were: *Workload cargo, Learning Objectives and unknown skills, strategies, environments and Adequate educational resources, Misguided perception of the role of resident and Superficial assessment instrument*. The different categories between of stakeholders were: *Function overload, Professional identity conflict and Inappropriate moment of assessment that emerged only in the preceptors and Inefficient teaching role, Inadequate training of some tutors, Need for teacher training and Lack of self-assessment and feedback* for residents. **Conclusions:** The residents and preceptors agree that the workload is weigthy, strategies, environments and educational resources are adequate, that there is a misperception of resident function and that the assessment tool is something superficial. The program's potential were occurrence of strategies and appropriate educational resources, the opportunity of integration with the multidisciplinary team, and be located in a referral hospital. The weaknesses were the preceptorship and assessment. However, the program follows the guidelnes and principles of the single health system, having laws that his regulate. It is believed that despite the weaknesses identified, the personal and professional benefits to graduate professional outweigh the possible flaws existing in the current system. Still, it is a great opportunity of personal, intellectual and professional growth participate in one residency program.

Keywords: Performance of assessment; In service training; Education of Graduate Nursing;

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	10
REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
II. JUSTIFICATIVA.....	17
III. OBJETIVOS.....	18
IV. MÉTODOS.....	19
4.1 Desenho do estudo.....	19
4.2 Local do estudo.....	19
4.3 Período do estudo.....	19
4.4 População do estudo.....	19
4.5 Amostra.....	20
4.6 Critérios de elegibilidade.....	20
4.7 Coleta de dados.....	20
4.8 Instrumento de coleta de dados.....	22
4.9 Processamento e análise de dados.....	22
4.10 Aspectos éticos.....	23
V. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
APÊNDICES	
APÊNDICE 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	53
APÊNDICE 2: Instrumento de coleta de dados- Grupo focal/Residentes.....	55
APÊNDICE 3: Instrumento de coleta de dados- Entrevista/Preceptores.....	56
APÊNDICE 4: Instrumento de coleta de dados- Questionário sócio-demográfico e acadêmico-profissional.....	57
ANEXOS	
ANEXO 1: Carta de aprovação do comitê de ética e pesquisa.....	58
ANEXO 2: Normas para publicação na revista científica.....	59

I. INTRODUÇÃO

A educação é uma prática humana que visa possibilitar e agir como um instrumento de mudança social, através de modificações da realidade do indivíduo que a vivencia.¹ Inserindo-a no contexto da saúde atua como um meio em que diversos saberes científicos são produzidos e se entrelaçam a partir da interface trabalhadores e usuários a fim de possibilitar a melhoria da saúde e qualidade de vida do indivíduo e coletividade^{2,3}.

A educação em saúde normalmente ocorre em ambientes clínicos sendo bastante desafiadora por ocorrer em um campo de incertezas. O ambiente clínico atua como componente integrador entre a teoria e a prática, sendo assim um espaço propício para o fortalecimento de conhecimentos e desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes⁴. Segundo Carraro (2001), para que as ações de Enfermagem se desenvolvam de modo congruente, a teoria e a prática precisam estar interligadas⁵. Assim, o programa de residência em Enfermagem, por ocorrer em um cenário clínico, exerce um amplo papel nesse contexto pois é um ambiente de exercitação dos conhecimentos, habilidades, competências e atitudes, onde, utilizando os objetivos de aprendizagem propostos no currículo, possibilita ajudar a guiar e redirecionar o aprendizado, favorecendo a formação e aperfeiçoamento dos residentes em seres mais reflexivos e autônomos^{6,7,8}.

O programa de Residência em Enfermagem em Pneumologia, é um programa de especialização que se constitui na modalidade de ensino de pós-graduação *latu sensu*, destinado aos graduados em Enfermagem, caracterizado por treinamento em serviço, concentrando-se a formação para atuação direta e ou indireta na assistência específica em saúde, para atender às necessidades da população e perfil epidemiológico loco-regionais afim de contribuir para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS^{9,10,11,12}.

Para adequação das necessidades sociais ao programa é necessário um currículo bem especificado e relacionado. Uma das funções políticas do currículo é unir a estrutura social com a ideologia do curso, no caso do programa de residência, o currículo deve estar essencialmente alinhado o processo ensino-aprendizagem com o ambiente clínico. Numa abordagem psicopedagógica, o currículo deve seguir uma sequência lógica, sequencial, baseado nos objetivos de aprendizagem definidos, tendo como pressuposto o planejamento como forma de obtenção do rigor, exatidão e objetividade^{13,14}. Em consonância com o currículo, as teorias de aprendizagem, surgem

e evoluem devido às mudanças da sociedade que impuseram modificações e propuseram um maior campo de estudo e conseqüentemente seus avanços. Desde as teorias não críticas ou tradicionais às pós críticas. As teorias tradicionais surgiram do modelo administrativo e organizacional de Taylor, afim de se assemelhar e adequar ao modelo industrial tecnicista existente e imposto da época. Posteriormente, as teorias críticas surgem como forma de reprovação ao modelo anterior, com uma concepção de educação mais ampla e entendiam o currículo como instrumento com o poder libertário, na sociedade, para os estudantes. Após, surgem as teorias pós-críticas que levam em consideração como as diferentes culturas podem refletir nos grupos educacionais. Para elas, o currículo exerce uma força de modificação nos próprios seres a partir dos processos de formação que eles participam ¹³.

Nesse contexto, na residência, os residentes teriam uma maior oportunidade de exercitar mais facilmente essa interação, na participação e facilitação da aprendizagem utilizando a avaliação, pois ela interfere intimamente no processo de formação educacional, exercendo grande importância ao ser formado através da prática. Paulo Freire (1988) já discorria acerca da impossibilidade de se praticar sem avaliar esta prática. Avaliando a prática, se analisa o que se faz e compara os resultados obtidos com a finalidade com o que se quer alcançar com essa prática. Assim o trabalho de avaliar a prática nunca deixa de acompanhá-la neste processo, para que se chegue ao resultado esperado e a excelência ¹⁵. Para Faria (1988), a avaliação da aprendizagem deve ser entendida como natural devendo ser incorporada no cotidiano e assim como parte do processo ensino-aprendizagem, levando a um melhor aproveitamento da oportunidade de reconhecer o erro, refazer e melhorar os resultados ¹⁶.

A avaliação da aprendizagem é útil para o professor e aluno, orientando-os, através do fornecimento de dados, sobre o processo de aprendizagem dos alunos, para que eles possam melhorar os próprios resultados e o replanejamento das ações dos professores. Além de favorecer um melhor conhecimento acerca da eficácia dos instrumentos didáticos, utilizados para cada situação. Pois deve ser entendido como instrumento de verificação do nível que se encontra a aprendizagem a fim de tomar decisões que facilitem o avanço desse estágio da aprendizagem ^{17,18,19}.

Assim, esse estudo teve o objetivo de analisar o programa de residência em Enfermagem em Pneumologia de um hospital de referência do Recife, através principalmente da interação dos seres estudados com o mundo e com as relações implícitas com os fenômenos, no caso os preceptores e residentes com o programa de

residência. Buscou-se ir ao fenômeno, programa de residência, como fonte de entendimento do processo como um todo e a relação dele com os preceptores e residentes considerando suas vivências anteriores.

REFERENCIAL TEÓRICO

O ensino no modelo da residência vem ocorrendo informalmente desde a década de 60, como instrumento de qualificação das diferentes profissões por meio do treinamento em serviço²⁰. O primeiro programa de residência em Enfermagem de que se tem conhecimento foi criado em São Paulo em 1961, onde o curso de residência em Medicina já existia, porém também informal. Aos poucos essa demanda aumentou também para as outras profissões de saúde²¹.

Com o movimento da reforma sanitária que o Brasil vivenciou, surgiram algumas leis que embasaram as residências multiprofissionais e a em área profissional em saúde. Destaca-se a Lei 11.129, de 30 de junho de 2005 que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde. Sendo 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, excetuando-se a médica, em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde⁹. Pode-se destacar também a Portaria interministerial 2.117 de 03 de novembro de 2005 que instituiu a residência multiprofissional em Saúde e definiu diretrizes e estratégias para a implementação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)²².

A residência deverá estar pautada nas diretrizes, oferecendo diferentes cenários e proposta pedagógica alinhada com os princípios de universalidade, equidade e igualdade do Sistema Único de Saúde, considerando-a como espaço de desenvolvimento para educação permanente dos seus atores, utilizando uma pedagogia problematizadora com a integração de diversos saberes de diferentes profissionais²². Utilizando a pedagogia problematizadora, e parafraseando a ideia central desse tema defendido por Paulo Freire⁸, os residentes poderiam apreender e se empoderar mais facilmente da formação e aperfeiçoamento da sua identidade profissional e agir como ser ativo do seu processo ensino-aprendizagem através dos conhecimentos, habilidades e atitudes desenvolvidas nos diferentes cenários práticos do programa.

Utilizando essencialmente o ambiente clínico como palco, por ter caráter de treinamento em serviço, o programa de residência é desafiador, pois as situações não estão no controle do preceptor ou do aluno, sendo um ambiente de incertezas. As incertezas favorecem o desenvolvimento de atitudes e competências. Os preceptores devem estimulá-las agindo como mediadores. Para que os estudantes possam

desenvolver, mais facilmente, os conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes à profissão escolhida, ressalta-se a exercitação dos conhecimentos. No programa de residência esse item é amplamente vivenciado, por ser desenvolvido quase em sua totalidade em ambiente clínico. Assim, o residente pode internalizar os conteúdos e ser capaz de construir capacidades, competências, favorecendo-o ao desenvolvimento da sua autonomia. Através de um ambiente de prática crítico e reflexivo, onde os diferentes saberes se complementam a fim de analisar e avaliar as situações possibilitando o aperfeiçoamento das atividades de ensino ^{6,7,23}.

Uma das funções políticas do currículo é unir a estrutura social com a ideologia do curso, no caso da residência, o currículo deve estar essencialmente alinhado ao ambiente clínico ¹³. Numa abordagem psicopedagógica, o currículo do programa de residência segue uma sequência lógica, sequencial, baseado nos objetivos de aprendizagem definidos, tendo como pressuposto o planejamento como forma de obtenção do rigor, exatidão e objetividade ¹³. Os tipos de currículo são o oficial, o operacional, o percebido e o experienciado. O oficial, aquele que está normatizado e é imposto pelo sistema de ensino; O operacional, as simbologias existentes no ambiente que nem são expressas nem formalmente documentadas; O percebido, aquele que o professor acredita e diz estar executando; E o experienciado, como os estudantes o percebe ¹⁴. Quanto à definição, é difícil encontrar uma única, sendo determinada pela corrente pedagógica, momento histórico inserido e teoria de aprendizagem que a baseia ^{13,14}.

As teorias de aprendizagem são inúmeras, o surgimento e evolução delas deveram-se às mudanças da sociedade que impuseram modificações e propuseram um maior campo de estudo e conseqüentemente seus avanços. No início desses estudos, surgiu à teoria mais conservadora proposta por *Bobbitt* ¹³ que utilizava um modelo administrativo e organizacional tecnicista, a fim de se assemelhar ao modelo industrial vigente na época, são as teorias não críticas ou tradicionais. Posteriormente, as teorias críticas surgem como forma de reprovação ao modelo anterior. Acreditava-se que o pensar em educação deveria transpassar o tema, não se limitando ao modelo de educação existente e como sim deveria ser a educação ideal, entendiam o currículo como instrumento com o poder libertário, na sociedade, para os estudantes. Após, surgem às teorias pós-críticas que levam em consideração as diferentes culturas que podem refletir nos grupos educacionais. Para elas, o currículo exerce uma força de poder de modificação dos próprios seres a partir dos processos de formação que eles

participam ¹³.

O programa de residência, por ter a ideologia de ser um treinamento em serviço, exerce os uma maior oportunidade aos residentes para exercitar mais facilmente esse poder da auto-participação na formação profissional, diariamente. Além de utilizar a avaliação como colaboradora desse exercício, pois ela interfere intimamente no processo de formação educacional, exercendo grande importância ao ser formado através da prática das atividades educacionais. Paulo Freire (1988) já discorria acerca da impossibilidade de se praticar sem avaliar esta prática. Avaliando a prática, se analisa o que se faz e compara os resultados obtidos com a finalidade com o que se quer alcançar com essa prática. Assim o trabalho de avaliar a prática nunca deixa de acompanhá-la neste processo, para que se chegue ao resultado esperado e a excelência ¹⁵.

Em ambiente de prática clínica, talvez esse modelo seja mais evidenciado e torne-se mais evidente por ser um ambiente dinâmico, sendo necessária uma avaliação constante das práticas desenvolvidas a fim de formar e aperfeiçoar os profissionais em seres mais reflexivos. Nesse contexto, a empatia, o clima de confiança, respeito e admiração entre os envolvidos favorecem o processo ensino-aprendizagem que será evidenciado e facilitará o momento da avaliação somativa desenvolvida em campos de prática ^{8,24,25}.

A avaliação precisa ter caráter amplo e assumir características conjuntas a fim de orientar a prática educativa, não se restringindo apenas a classificação quantitativa. Devem-se utilizar dados quantitativos e qualitativos na verificação dos objetivos da aprendizagem ^{26, 27}. Assim, a avaliação, no sentido educacional, deve ser entendida como processo de alcance dos objetivos propostos anteriormente a fim de gerar uma mudança, caso for necessário, favorecendo a aprendizagem do aluno através de sucessivas aproximações. Além de ser integral, levando em consideração o indivíduo como um todo. Analisando e julgando todas as dimensões do indivíduo ^{23,27,28}.

O sistema avaliativo exerce a maior função na educação pois serve fortemente de guia da aprendizagem para o estudante, através da significação que a avaliação exerce ²⁹. O princípio básico da função ativa do aprendiz é criar significado na avaliação. Os critérios como confiabilidade, validade, impacto na aprendizagem futura e na prática, além de acessibilidade e custo devem ser utilizados para obter sucesso na avaliação e retirados do contexto educacional que os estudantes e professores estão inseridos propiciando uma maior significação na avaliação, favorecendo a participação ativa do sujeito no seu aprendizado ^{8,30,31}.

Para Ronald & Epstein (2007), a avaliação tem três objetivos: o de otimizar a capacidade de todos os aprendizes e profissionais prover motivação e direcionamento para a aprendizagem, para proteger o público alvo da possibilidade de erro desses aprendizes na identificação incompetente de determinada patologia e prover a base para escolha do candidato a treinamento avançado ³².

É bastante complexo estudar e pesquisar sobre o tema educação. Ainda mais quando essa educação está inserida no âmbito de formação e/ou qualificação de profissionais da saúde. O tema ainda encontra-se com a produção científica tímida, pouco substancial, necessitando de maiores estudos a fim de obter mais conhecimentos acerca do tema e assim possibilitar a realização de estratégias para aprimoramento das práticas de ensino aprendizagem em saúde ³³.

II. JUSTIFICATIVA

É amplamente discutida a importância do programa de residência no contexto educacional. Vive-se um novo momento em que a globalização e a tecnologia propiciaram novos pensamentos e exigências no campo profissional, discutido por estudiosos acerca do pensamento complexo, exigindo novas competências e habilidades para adequação das novas demandas existentes provenientes dessa mudança na sociedade.

O programa de residência é uma nova demanda de estudos pois é uma temática que está intimamente ligada ao processo ensino-aprendizagem e deverá ajustar-se a essas novas demandas profissionais e sociais. A autora ao se deparar com essa temática interessou-se em estudá-la a fim de analisar o contexto do programa de residência na interface com o processo educacional, para uma maior discussão acerca das habilidades e competências exigidas do residente.

A dissertação visou desenvolver uma pesquisa que poderá contribuir para um melhor esclarecimento a respeito da importância dos objetivos e avaliação da aprendizagem em programas de residência. A relevância do estudo é demonstrar aos residentes da área de saúde e os profissionais (preceptores, supervisores e coordenadores) envolvidos nessa área a importância de uma maior discussão acerca do tema, a fim de que os mesmos possam ter um melhor aproveitamento na prática educacional durante o programa de residência.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o programa de residência de enfermagem em pneumologia de um hospital de referência do Recife, sob a perspectiva dos residentes e preceptores.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil dos envolvidos, através das características sociodemográficas (gênero, idade) e acadêmico-profissional (formação e experiência profissional);
- Investigar as potencialidades e fragilidades do programa de residência;

IV. MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado com o programa de residência em Enfermagem em Pneumologia, sediado no Hospital Otávio de Freitas na cidade do Recife-PE.

A residência em Enfermagem em Pneumologia em Pernambuco teve início em 1999. Atualmente, no curso da sua 15^a turma, com o ingresso de quatro residentes por ano.

O hospital, sede do programa, foi fundado em 1946, com o intuito exclusivo para o tratamento da tuberculose, isolando os doentes e retirando-os da comunidade sadia. Entretanto com o advento das drogas contra a tuberculose, houve uma diminuição do número de internados, após alguns anos de funcionamento, onde o hospital implantou outros serviços de saúde. Atualmente oferece atendimento nas áreas de clínica médica, cirurgia geral, traumato-ortopedia, urologia, UTI e pneumologia, entre outros. A fisiologia e Pneumologia dispõem de 116 leitos e ocupa a área de 3500 m². Possui salas de broncoscopia, espirometria, consultórios para consulta médica e de enfermagem, entre outras.

4.3 Período do estudo

O estudo foi realizado no período de maio de 2014 a setembro de 2014.

4.4 População do estudo

A população do estudo foi formada por preceptores e residentes envolvidos com o programa de residência em enfermagem em pneumologia do Hospital Otávio de Freitas.

4.5 Amostra

A amostra foi composta pelos preceptores e residentes que fazem parte do programa de residência que preencheram os critérios de inclusão do estudo. A estratégia utilizada foi amostragem intencional, proposital. Assim a determinação do tamanho da amostra se baseia na saturação dos dados, para os preceptores. Para os residentes, foi utilizada a totalidade da população.

4.5.1 Sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram todos os residentes, correspondendo a oito residentes e dez preceptores do programa de residência em Enfermagem em Pneumologia.

Os residentes estavam cursando o programa, correspondendo a quatro do primeiro ano e quatro do segundo ano. Não houve participação de egressos.

A amostra dos preceptores correspondeu a dez indivíduos e ocorreu através de saturação.

4.6 Critérios de elegibilidade

4.6.1 Critérios de inclusão

- Residentes do programa de residência em Enfermagem em Pneumologia com pelo menos quatro meses de inserção.

4.6.2 Critérios de exclusão

- Os residentes e preceptores que estavam de férias ou afastados de suas atividades;
- Preceptores com menos de dois anos de experiência profissional.

4.7 Coleta de dados

A coleta de dados foi através da análise do grupo focal com os residentes, das entrevistas individuais semiestruturadas realizadas com os preceptores, além de um questionário sócio demográfico e acadêmico com os todos os participantes.

4.7.1 Questionário sociodemográfico e acadêmico-profissional

O questionário sociodemográfico e acadêmico-profissional foi preenchido pelos participantes a fim de caracterizar todos os participantes da pesquisa.

4.7.2 Grupo focal e entrevistas individuais semiestruturadas

O grupo focal foi realizado com os residentes e as entrevistas individuais semiestruturadas com os preceptores do programa de residência em Enfermagem em Pneumologia, na instituição sede. Foram gravados e suas falas transcritas fielmente e após análise foram arquivadas respeitando os critérios de confiabilidade. A escolha do grupo focal para os residentes foi que eles já exercem atividades em grupos semanalmente, assim seria algo comum a todos favorecendo um diálogo mais próximo a realidade. Pretendeu-se realizar um encontro para realização do grupo focal. Não houve necessidade de um novo encontro, já que os objetivos da pesquisa foram alcançados. Contou com a participação de dois facilitadores, um moderador que correspondeu ao pesquisador principal e um observador que não participou da discussão apenas observou e fez anotações. Foram apresentados no início do grupo focal, além dos objetivos da discussão. Não houve nenhuma relação de hierarquia entre os pesquisadores e os participantes da pesquisa. A qualquer momento os participantes poderiam se retirar sem nenhum ônus.

Os residentes foram convidados a participar do grupo por telefone e aceitando participar, foi acordado um dia e horário compatível para todos os participantes. No dia da realização, momentos antes, os participantes foram convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e foi explicado que poderiam se recusar a participar ou desistir a qualquer momento.

Para situar os participantes foi realizada, após a apresentação deles, uma breve explicação dos objetivos da pesquisa e o que se pretendia com a discussão. Ficou esclarecido que não se buscava um consenso e o importante seria que as pessoas falassem as suas verdadeiras opiniões. A primeira pergunta, introdutória, foi sobre algo comum a todos, como o motivo pelo qual escolheram esse programa de residência, para que todos pudessem interagir mais facilmente. Iniciada a discussão acerca do tema da pesquisa e alcançados os objetivos do grupo focal o moderador fez um resumo das informações discutidas, deixando espaço para colocações finais dos participantes e

posteriormente agradeceu a todos.

Em relação às entrevistas semiestruturadas individuais aos preceptores, a escolha deste método deveu-se a diminuir as possíveis intervenções que o discurso de algum preceptor mais antigo, na função, pudesse exercer sob o outro mais novo. Foram realizadas a partir da disponibilidade de horário do preceptor durante os dias de coleta. Além de serem convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido momentos antes da entrevista, poderiam se recusar e abandoná-la a qualquer momento sem nenhum ônus. O entrevistador teve um roteiro de entrevista com questões norteadoras para que não se perdesse o foco, guiando a discussão.

Tanto o grupo focal, como as entrevistas individuais tiveram as falas dos envolvidos gravadas e transcritas na íntegra. Após a transcrição das falas, todas as gravações foram arquivadas. Foi escolhido um pseudônimo para cada indivíduo a fim de permitir seu anonimato. Utilizadas as letras R para os residentes e P para os preceptores. Foram agrupadas as falas em categorias temáticas para melhor entendimento. Essas categorias foram agrupadas em temas e categorias a partir da análise do pesquisador principal e dois especialistas no assunto.

4.8 Instrumentos de coleta de dados

Na coleta de dados foram utilizados: um roteiro de grupo focal para os residentes (Apêndice 2), um de entrevista individual para os preceptores compostas por questões semiestruturadas (Apêndice 3) e um questionário sócio demográfico e acadêmico para os residentes e preceptores (Apêndice 4) formulados no sentido de caracterizar os envolvidos com o programa de residência em Enfermagem.

4.9 Processamento e análise de dados

Os dados da pesquisa foram organizados a partir do material coletado do questionário sóciodemográfico e acadêmico-profissional, grupo focal e das entrevistas individuais semiestruturadas. Os dados dos questionários foram analisados com o programa Epi-info/Excel na versão 7 e submetidos à análise quantitativa observando as frequências absolutas e relativas, sendo apresentados em tabela. Os dados qualitativos foram organizados no programa Office-Word 2013 e apresentados em tabelas.

O grupo focal e as entrevistas foram gravadas e devidamente transcritas. Após a transcrição as gravações arquivadas, apenas para fins acadêmicos e científicos, respeitando os critérios de confiabilidade. Os dados foram submetidos à análise da

abordagem fenomenológica defendida por Husserl, (2006) ³⁴. Essa análise investiga o significado do fenômeno ao “ser eu”, pesquisado, inserido no mundo. Propõe ao pesquisador “ir às coisas mesmas” para entendimento e elucidação do fenômeno estudado ^{34,35}. A trajetória fenomenológica apresenta três momentos: a descrição, a redução ou *epoché* e a compreensão. Inicialmente foram descritas as falas através da transcrição, na redução foram afastados pré-conceitos e pré-julgamentos, através da variação imaginativa o investigador reduziu o discurso do sujeito da pesquisa até chegar ao essencial da fala. A compreensão advém da interpretação, onde se buscou traçar significados para as fases anteriores. Posteriormente aos três momentos, dois especialistas no assunto classificaram as falas que mais se repetiram, em categorias temáticas, facilitando o entendimento e o desdobramento do tema ^{34,35,36}.

4.10 Aspectos éticos

A pesquisa atendeu aos requisitos da resolução 466/12, todos os indivíduos da pesquisa foram convidados a participar, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). (Apêndice 1) Foi esclarecido que além de preservar o direito do pesquisado, poderiam se retirar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum ônus. Os sujeitos desta pesquisa foram expostos a mínimos riscos de constrangimento e perda de tempo. Porém esses foram minimizados, já que suas identidades foram preservadas, suas informações analisadas de forma sigilosa e as etapas do estudo foram realizadas de forma mais objetiva possível ³⁷. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (Anexo 1), sob o número do CAAE 24707313.0.0000.55.69.

V. RESULTADOS

Os resultados foram apresentados e divididos no formato de dois artigos, intitulados: “**A Residência em Enfermagem sob a ótica dos residentes**” e “**A Residência em Enfermagem sob a ótica dos preceptores**” que serão submetidos à Revista brasileira de enfermagem—REBEN, conceito A2 e Fator de impacto: 0.289.

A Residência em Enfermagem sob a ótica dos residentes¹

The Residence in Nursing from the perspective of residents¹

La Residencia de Enfermería desde la perspectiva de los residentes¹

Betty Wilma da Costa Rocha²

Luciana Marques Andreto³

Rafael Batista de Oliveira⁴

Resumo

Introdução: A residência facilita o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes à profissão através da exercitação cotidiana. **Objetivo:** Analisar o programa de residência de enfermagem em pneumologia de um hospital de referência de Recife sob a ótica dos residentes. **Métodos:** Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica. Realizado através do grupo focal. **Resultados:** Após análise e consenso de três analistas os temas foram: *Currículo do Programa, Preceptoria e Avaliação*. Emergiram das falas dos residentes as categorias: *Carga horária pesada e flexível; Objetivos de aprendizagem e competências desconhecidos; Estratégias educacionais adequadas; Ambientes e recursos educacionais adequados; Papel docente ineficiente, Formação inadequada de alguns preceptores, Percepção equivocada acerca da função do residente; Necessidade de capacitação docente; Instrumento de avaliação inadequado, superficial, engessado; Critérios avaliativos subjetivos e desconhecidos e Ausência de auto avaliação e feedback* para os residentes. **Conclusão:** Emergiram três temas e 11 categorias, onde apesar delas serem específicas se interligam reforçando o fenômeno estudado. Como o tema é bastante complexo e de ampla discussão, não se pode esgotar em todas as respostas, merecendo novos e mais debates para aprofundamento da temática que envolve todos os interessados.

Descritores: Avaliação de desempenho; Treinamento em serviço; Educação de Pós-Graduação em Enfermagem;

1. Baseado na dissertação de mestrado Análise do programa de residência em Enfermagem de um Hospital de referência de Recife/PE. Autoria: Betty Wilma da Costa Rocha Faculdade Pernambucana de Enfermagem. 2015. Recife/PE

2. Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife/PE. Especialista. Email: betty.rocha@hotmail.com

3. Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife/PE. Doutora. Email: lucianandreto@fps.edu.br

4. Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife/PE. Mestre. Email: rafael.oliveira@fps.edu.br

Abstract

Introduction: The residence facilitates the development of knowledge, skills and attitudes inherent to the profession through daily drilling. **Purpose:** To analyze nursing residency program in pulmonology a referral hospital in Recife from the perspective of residents. **Methods:** A qualitative study with a phenomenological approach. Conducted through focus group. **Results:** After analysis and three analysts consensus themes were: Curriculum Program, Preceptory and Assessment. Emerged from the speeches of the residents categories: heavy and flexible Hours; Learning objectives and unknown powers; Appropriate educational strategies; Environments and appropriate educational resources; Teaching role inefficient, inadequate training of some preceptors, wrong perception about the resident's function; Teacher training need; Assessment instrument inappropriate, surface, cast; Subjective evaluation criteria and unknown and absence of self-evaluation and feedback for residents. **Conclusion:** Three themes emerged and 11 categories, where despite them being specific interconnect reinforcing the studied phenomenon. As the topic is quite complex and wide-ranging discussion, it can not run out in all the answers, deserving young and discussions to deepen the theme that involves all stakeholders.

Keywords: Performance of assessment; In service training; Education of Graduate Nursing;

Resumen

Introducción: La residencia facilita el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes propias de la profesión a través de la perforación diaria. **Objetivo:** Evaluar el programa de residencia de ancianos en neumología un hospital de referencia en Recife desde la perspectiva de los residentes. **Métodos:** Estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico. Llevado a cabo a través de grupos focales. **Resultados:** Después de análisis y tres analistas de consenso temas fueron: Programa Curricular, Preceptory y Evaluación. Surgió a partir de los discursos de las categorías de residentes: Horas fuertes y flexibles; Objetivos y poderes desconocidos de aprendizaje; Estrategias educativas adecuadas; Entornos y recursos educativos adecuados; Enseñar papel ineficiente formación, inadecuada de algunos preceptores, la percepción equivocada sobre la función del residente; La formación del profesorado es necesario; Instrumento de evaluación apropiado, superficie, yeso; Criterios de evaluación subjetivos y ausencia desconocida y de la auto-evaluación y retroalimentación para los residentes. **Conclusión:** Tres temas surgidos y 11 categorías, donde a pesar de estar interconexión específico de refuerzo del fenómeno estudiado. Como el tema es bastante complejo y amplio debate, que no se puede ejecutar en todas las respuestas, mereciendo joven y discusiones para profundizar en el tema que involucra a todos los interesados.

Palabras clave: Evaluación del Desempeño; La formación en servicio; Enfermería educación graduado;

INTRODUÇÃO

O programa de Residência em Enfermagem em Pneumologia se constitui em

uma especialização na modalidade de ensino de pós-graduação *latu sensu*, destinado aos graduados em Enfermagem. Concentra-se na formação para atuação direta e ou indireta na assistência específica em saúde, para atender às necessidades da população e perfil epidemiológico loco-regionais a fim de contribuir para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS ^(1,2,3,4).

PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica, com os residentes do programa de residência em Enfermagem em Pneumologia do Hospital Otávio de Freitas em Recife/PE. Os sujeitos da pesquisa foram todos os residentes, correspondendo a oito indivíduos. Para a coleta de dados, foi realizado um encontro para o grupo focal. Os residentes estavam cursando o programa, correspondendo a quatro do primeiro ano e quatro do segundo ano.

Participaram da pesquisa os que aceitaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com que preconiza a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ⁽⁵⁾. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o número do CAAE 24707313.0.0000.55.69.

RESULTADOS

Para a análise dos dados, foram contemplados o questionário sócio-demográfico e acadêmico e as transcrições do grupo focal. Quanto ao gênero, a maioria dos residentes pertence ao sexo feminino. Quanto à idade, a totalidade da população está na faixa etária de 20 a 30 anos. Tempo de formação e experiência profissional menor que dois anos.

Tabela 1. Perfil sócio-demográfico e acadêmico dos residentes de enfermagem do Hospital Otávio de Freitas, Recife/PE, 2015.

	n	%
Gênero	Residentes	
Masculino	2	25
Feminino	6	75
Faixa Etária		
20-25	4	50
26-30	4	50
>35	-	-
Tempo de Formação		
< 2 anos	5	62,5

Entre 2 e 10 anos	3	37,5
Experiência Profissional		
< 2 anos	5	62,5
Entre 2 anos e 10 anos	3	37,5

Foi realizado o grupo focal com os residentes e após leitura exaustiva e consenso com os especialistas foram organizados em três temas, *Currículo do programa*, *Preceptor* e *Avaliação*. Desses 11 categorias.

Tabela 2. Descrição das categorias do tema Programa de residência em Enfermagem sob a ótica dos residentes. Recife/PE, 2015.

Tema	Categorias
1.Currículo do programa	1.1.Carga horária pesada e flexível 1.2.Objetivos de aprendizagem e competências desconhecidos 1.3.Estratégias educacionais adequadas 1.4. Ambientes e recursos educacionais adequados

“A organização do serviço [...] nos permite estudar ainda mais [...] de não ter a responsabilidade de tá assumindo o setor.” (R8)

“Porque mesmo a gente tendo uma carga horária pesada, não ser responsável pelo setor, nos permite isso (facilita a aprendizagem).” (R6)

A busca, a busca do conhecimento.” (R7)

“A iniciativa e a pro-atividade também.” (R2)

“Agora eu acho importante à gente saber quais são os objetivos porque a gente chega na clínica, sem saber o que deve fazer.” (R4)

“As reuniões clínicas e o seminário contribuem para o nosso aprendizado pois a gente está sempre aprendendo coisas novas e aprimorando o que já foi aprendido.” (R4)

“O trabalho transdisciplinar é um ponto forte daqui da residência.” (R5)

“A colaboração do grupo também, porque o residente do primeiro ano aprende com o residente do segundo ano.” (R1)

“...a residência possibilita para a gente [...] lidar com novas tecnologias diariamente e torna a gente mais habilidosos para enfrentar algumas situações.” (R2)

“Ser um hospital de referência com novas tecnologias.” (R3)

“Aqui a gente tem a oportunidade de ver coisas novas todo dia porque aqui é um hospital de referência. Vem para cá! Grandes oportunidades de ver coisas novas.” (R4)

Tabela 3. Descrição das categorias do tema Preceptor sob a ótica dos residentes. Recife/PE, 2015.

Tema	Categorias
2. Preceptoria	2.1. Papel docente ineficiente 2.2. Formação inadequada de alguns preceptores 2.3. Percepção equivocada acerca da função do residente. 2.4. Necessidade de capacitação docente.

“A preceptoria é muito solta, corre solta e aí a residência desanda.” (R7)

“A gente precisa de preceptor mais participativo [...] chegar em determinado momento e ‘aí o que você fez hoje, tem alguma dúvida? vamos lá’.” (R1)

“Eu acho que a questão é que não existe formação específica para preceptores para receber o residente.” (R5)

“Eu acho que deveria ter preceptor com qualificação na área da pneumologia porque ele como é mais experiente iria passar para gente o conhecimento até mais aprofundado [...] a gente tem que estudar tudo, isso prejudica o aprendizado” (R5)

“[...] Os preceptores não são bons por que a maioria não é especialista na área.” (R2)

“Tem setor que o preceptor [...] vê você como mão de obra [...] entrega o setor literalmente nas suas mãos.” (R3)

“Eu acho que alguns preceptores não sabem o seu papel de preceptor e não entende nada da residência.” (R6)

“Tem uns que nem sabem o que é residência..” (R2)

“Mas é uma educação permanente voltada para a educação também, para a preceptoria.” (R3)

“Justamente, uma educação permanente para o ensino.” (R5)

Tabela 4. Descrição das categorias do tema avaliação sob a ótica dos residentes. Recife/PE, 2015.

Tema	Categorias
3. Avaliação	3.1. Instrumento inadequado, superficial, Engessado 3.2. Critérios subjetivos e desconhecidos 3.3. Ausência de auto avaliação e <i>feedback</i>

“A avaliação em si é complicada né, por que é muito engessada, com muitos itens que eu acho desnecessário [...]” (R7)

“Acho que a avaliação deveria ser mais enxuta, mais resumida, tem muitos tópicos naquela ficha, são três páginas.” (R5)

“Ahh ‘fui com sua cara então vou lhe dá dez’ [...] é muito, muito superficial, quem deveria nos avaliar era os técnicos.” (R1)

“E tem um monte de requisitos lá que [...] deveria ser mais objetiva [...] na maioria das vezes não tá nem aí (o preceptor), nem tá lhe acompanhando [...]” (R1)

“Avaliam, por avaliar, não explicam nada [...] aquilo ali não é um feedback do trabalho que você fez.” (R1)

“Não tem aquela troca, sabe? [...] Acho que a parte teórica merecia um pouco mais de feedback.” (R6)

“Eu utilizo a auto avaliação mas assim na minha cabeça, não é algo formal.” (R1)

DISCUSSÃO

Quanto ao gênero, a maioria dos residentes pertence ao sexo feminino. Possivelmente pelo curso em questão, Enfermagem, onde por questões históricas e sociais traçou seu percurso através do caráter intimamente ligado ao cuidado. O curso de enfermagem historicamente, antes do início do desenvolvimento científico da profissão, está ligado à mulher pelo caráter estritamente maternal desenvolvido pelos profissionais⁽⁶⁾. Quanto à idade, a totalidade da população está na faixa etária de 20 a 30 anos. Os dados estão em conformidade com os estudos de Gil⁽⁷⁾ e Escorel⁽⁸⁾, onde há também predomínio dessa faixa etária. Além de haver um menor tempo de formação profissional e tempo de experiência em concordância com o presente estudo.

Em relação ao tema *Currículo do programa*, categoria *carga horária exaustiva e flexível*, os residentes relatam que a carga horária pode ser pesada dependendo do mês e do rodízio, entretanto por ter uma certa flexibilidade no horário, na organização do serviço e não ser responsável pelo plantão levaria a uma maior facilidade da aprendizagem. A aprendizagem é mais efetiva quando o estudante tem horas de trabalho que não sejam muito rígidas e fechadas, devendo respeitar o espaço de descanso, para a possibilidade de consolidação dos conhecimentos⁽⁹⁾.

Da categoria *Objetivos de aprendizagem e competências desconhecidos* emergiu no discurso dos residentes. Eles possuem conhecimento sobre o regimento do programa, porém não especificadamente os objetivos de aprendizagem de cada cenário. Quando o currículo utiliza a educação baseada em resultados, os objetivos de aprendizagem são especificados. O estabelecimento de objetivos de aprendizagem é muito válido para estudantes e preceptores como também para os outros profissionais envolvidos, pois

mostra o objetivo esperado e a possibilidade de utilização de determinadas estratégias a fim de realizá-lo ^(4,10,11). As vantagens da educação baseada em objetivos de aprendizagem é ter caráter relevante, que possibilita discussão, de aceitação, clareza, de provisão de suporte, de responsabilização da realização, de auto direcionamento da aprendizagem, de flexibilidade, de avaliação do estudante e do programa, de participação e de continuidade da educação ⁽¹²⁾.

Os objetivos de aprendizagem especificados e elaborados segundo a taxonomia de *Bloom*, quando caracterizados em cognitivos, psicomotores e afetivos, possibilitaria um melhor planejamento e execução das atividades para os envolvidos no processo ensino-aprendizagem. Pois direciona o estudante de acordo com o domínio. O domínio cognitivo relaciona-se com a memória e desenvolvimento de habilidades intelectuais. O domínio psicomotor relaciona-se com habilidades motoras e o domínio afetivo relaciona-se com o comportamento esperado ao residente em determinadas situações. É o domínio mais difícil, pois envolve atitudes, valores e até mudança de interesse por parte dos residentes. Além de ser uma ferramenta para o acompanhamento do desenvolvimento das habilidades ao longo desse processo ^(13,14).

Os residentes descrevem que para o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes dos residentes, o programa de residência favorece a iniciativa, observação, capacidade de correlacionar teoria e prática, pro-atividade, comprometimento (responsabilidade social e profissional). Para isso, se faz necessário o desenvolvimento do raciocínio clínico que é a oportunidade do pensamento crítico, onde o conhecimento cognitivo, competências e habilidades se interlaçam para a possibilidade da tomada de decisão afim de solucionar problemas de uma situação real. Os residentes até destacam a observação como importante mais não aprofundam. O pensamento crítico engloba o desenvolvimento das capacidades de observação, análise, autonomia de ideias para a tomada de decisão e assim oportunizar o raciocínio clínico ^(15,16). E assim desenvolver inúmeras competências inerentes à profissão que é a capacidade de internalizar diversos conjuntos de conhecimentos especializados, situações, habilidades afim de resolver situações e problemas reais no âmbito profissional ^(17,18).

Em relação às *Estratégias educacionais* os residentes relatam adequadas. Descreveram a oportunidade de repetição dos conteúdos, atividades teórico-práticas e a colaboração do grupo como estratégias para facilitar o aprendizado individual e no grupo da residência. Relataram a possibilidade frequente de atividades e ou diversidade

de cenários como forma de revisitar e exercitar no dia a dia os conteúdos, além de ser uma forma positiva de aprendizado. A repetição das atividades e exercitação dos conhecimentos favorece o desenvolvimento de competências e a internalização de habilidades e hábitos ⁽¹⁹⁾. As atividades teóricas práticas, os seminários e as reuniões clínicas foram descritas pelos residentes como uma oportunidade de correlacionar a teoria com a prática e assim aprimorar os conhecimentos. A associação de atividades teóricas e práticas, oportunidades de vivência em diferentes cenários, participação em atividades de ensino, pesquisa e extensão favorecem não só o processo ensino-aprendizagem como também o desenvolvimento de habilidades e atitudes para tomada de decisões imprevisíveis ⁽²⁰⁾.

Ainda na categoria *Estratégias educacionais adequadas*, os residentes afirmam que a colaboração entre eles favorece a aprendizagem. A colaboração é entendida como uma ação onde os objetivos e os problemas são compartilhados a fim de possibilitar a construção do conhecimento, a aprimorar a aprendizagem e desenvolvimento de habilidades sociais. A colaboração em grupo, favorece a melhoria da qualidade do trabalho, facilita a resolução de dúvidas existentes no grupo, possibilita o contato com outras opiniões, contribui para fortalecer possíveis amizades, permite que o estudante possa corrigir e aprender com o erro de outrem ⁽²¹⁾.

Na categoria *Ambientes e recursos educacionais adequados* os residentes descrevem que a oportunidade de contato com novas tecnologias e grande variedade de cenários de prática, no caso um hospital de referência é o escopo da grande diversidade da especialidade. O hospital é uma organização complexa que presta serviços de saúde e necessita de vários profissionais e seus diversos saberes interferindo diretamente na formação da identidade profissional dos residentes ⁽²²⁾.

Em relação à integração da equipe multiprofissional, os residentes apontam como sendo uma potencialidade do programa que favorece a aprendizagem. Um grupo de trabalho na saúde é mais eficaz quando formado por diversos profissionais de diferentes profissões, pois contribuem mais em si ⁽²⁰⁾. Tanto a formação como o exercício na área de saúde, dispõe de equipes multiprofissionais a fim de elevar a qualidade da assistência e da formação em saúde ⁽²⁴⁾. O grupo multiprofissional na saúde tem a oportunidade de compor, cada um em sua profissão, uma intervenção coletiva favorecendo o aprendizado combinado à resolução dos serviços de saúde ⁽²⁵⁾.

Em relação ao *Papel docente ineficiente*, os residentes relatam uma possível falta de preceptoria qualificada para melhor direcionamento do estudo do residente e

preceptores pouco comprometidos (indiferentes). O preceptor, no campo da residência, é o profissional que atua no momento da prática assistencial, favorecendo o progresso clínico do residente. O preceptor desenvolve uma relação momentânea, percebido apenas no cenário do trabalho, em comparação com professores efetivos em sala de aula. Entretanto, possui a principal função de desenvolvimento de habilidades clínicas e de avaliar o profissional em formação em ambientes de prática⁽²⁶⁾.

Na categoria *Formação inadequada de alguns preceptores*, os residentes compactuam da ideia que se os preceptores tivessem formação na área específica do programa de residência, seria melhor para o desenvolvimento da aprendizagem deles. O preceptor deve possuir conhecimentos e habilidades inerentes à profissão além de buscar estabelecer uma relação de confiança e respeito com o residente afim de criar espaço e liberdade para discussão durante as atividades, gerando possíveis mudanças nas ações^(27,28).

Na categoria *Percepção equivocada acerca da função do residente*, os residentes descreveram de forma bastante contundente que na concepção deles os preceptores os veem como mão de obra. O residente visto como “mão de obra barata” ou que “toca o serviço”, leva a um entendimento que é difícil de ser modificado, pois está inserido num contexto muito mais amplo nas instituições de saúde e demandaria um trabalho intenso para mudanças estruturais na conscientização dos profissionais⁽²⁹⁾.

Em relação à categoria *Necessidade de capacitação docente*, os residentes partilham da ideia que os preceptores necessitam de capacitações na área de educação. Deve-se oferecer aos preceptores, como práticas de profissionalização docente, capacitação a nível didático-pedagógica a fim de estimular o compromisso e vínculo com o serviço e os residentes, conscientização da importância da sua prática docente, sensibilidade e preparação dos profissionais de saúde envolvidos como preceptores⁽³⁰⁾.

Iniciando o tema Avaliação, na categoria *Instrumento inadequado, engessado* os residentes relatam que a avaliação ocorre em um único instrumento, engessado, com muitos itens, sem *feedback*, realizado apenas uma vez por mês.

A avaliação tem caráter situacional, diagnóstico com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão levando a criação de condições para um melhor aproveitamento da aprendizagem⁽¹⁹⁾.

Quem avalia normalmente não está junto do residente. Avaliação dos rodízios feita por preceptores que não o acompanharam diariamente durante o mês e portanto não tem como avaliar o desenvolvimento das habilidades clínicas dos residentes. Pois

para que se possa avaliar se o residente desenvolveu alguma competência, se faz necessária a observação direta do residente para que haja a condição real da avaliação por competências ^(31,32). E no presente estudo, os residentes percebem isso quando relatam que quem deveria avaliar seriam os técnicos de enfermagem, por estarem mais presentes que os preceptores, apesar de saberem a impossibilidade dessa avaliação por questões acadêmicas e legais. Além de perceberem a importância de se avaliar por competências, quando relatam a importância da observação do preceptor. Pois para se avaliar por competências é preciso que o desempenho do residente seja observado durante a execução de atividades clínicas, para que sejam avaliadas, não só o conhecimento cognitivo como também as habilidades psicomotoras, interação com a equipe e paciente, comprometimento profissional e ético ⁽³²⁾.

A observação direta dos residentes pode ser complementada com apresentações orais, exercícios escritos que avaliem o raciocínio clínico, pesquisa na literatura, além de encontros com os pacientes, servindo para potencializar o significado dos conteúdos e da avaliação ⁽³³⁾. A avaliação deve ser entendida como forma de analisar se os objetivos de aprendizagem estão sendo alcançados e assim dar tomada de decisão, como forma de dar prosseguimento para que cada vez mais se avançar no processo ensino-aprendizagem ⁽³⁴⁾. Esse entendimento retorna a importância dos objetivos de aprendizagem, retomando para o início do estudo.

Na categoria *Critérios subjetivos e desconhecidos* do tema Avaliação, as falas dos residentes foram algo simplista e não específicas, talvez pelo não conhecimento em profundidade dos critérios utilizados. Além de demonstrarem utilizar subjetividade para tentar explicar o assunto, algo explicitado nas falas deles.

Existem cinco critérios que determinam o sucesso de um método qualquer de avaliação: confiabilidade, validade, impacto no aprendizado futuro e prática, acessibilidade para os aprendizes e custo (individual e para a instituição). Todos esses critérios devem ser levados em consideração para o favorecimento do sucesso na escolha da avaliação ⁽³⁵⁾.

Em relação à categoria *Ausência de auto avaliação e feedback*. Alguns residentes relatam que até fazem a auto avaliação, mas de forma informal. Os residentes usam a auto avaliação durante a ação de suas atividades, em seu próprio pensamento sem vir a externar. Acreditam que dessa forma possam aprimorar seus conhecimentos. A auto avaliação é um processo metacognitivo e através dele toma-se ciência das próprias atividades cognitivas e seus diferentes aspectos. Inicialmente, a auto avaliação

é a atividade de auto controle das ações e comportamentos que a pessoa aprende ⁽³³⁾. Posteriormente, o sujeito tem um olhar crítico consciente sobre o que se faz, enquanto se faz. Há uma distinção entre o autocontrole e a metacognição, já que a metacognição é algo consciente e o autocontrole é um componente espontâneo e inerente da ação ⁽³⁷⁾. Assim, o residente deve ser capaz de enxergar seu erro e criar situações para solucioná-los ⁽³⁸⁾. O preceptor pode atuar nesse momento regulando esse processo através da utilização do *feedback*. O *feedback* é importante para todos, faz parte da relação interpessoal. Mostra como as pessoas se relacionam com os outros e com suas responsabilidades ⁽³⁹⁾. O *feedback* tem a função de ajudar o estudante a identificar seus erros e falhas a fim de aprimorar seus resultados desenvolvendo o potencial desejado ⁽⁴⁰⁾.

CONCLUSÕES

Este estudo visou compreender o programa de residência em Enfermagem em Pneumologia, através da análise do tema e da vivência dos residentes, a fim de possibilitar a resposta para questões intimamente ligadas ao tema e de difícil entendimento. Sendo assim, o tema não se pode esgotar todas as respostas, pois o tema é de ampla discussão e merece mais debates para aprofundamento da temática que envolve todos os interessados, como: a população acadêmica, residentes, preceptores e coordenadores da área e assim favorecer a otimização das características que já se encontram adequadas e uma melhoria progressiva das dificuldades existentes, levando ao alcance da excelência.

Concluiu-se que na ótica dos residentes a *carga horária é exaustiva, as estratégias, ambientes e recursos educacionais estão adequados*, que há uma *percepção equivocada da função do residente* e que o *instrumento de avaliação é algo superficial*. O *papel docente ineficiente, formação inadequada de alguns preceptores, necessidade de capacitação docente e Ausência de auto avaliação e feedback* categorias que emergiram das falas dos residentes. O programa de residência em questão está em conformidade com as diretrizes e princípios do sistema único de saúde, possuindo resoluções que o regulamenta.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Congresso Nacional. Lei 11.129 de 30 de junho de 2005. Brasília, DF, 2005.
2. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 259 de 12 de julho de 2001.

3. Brasil. Conselho Nacional de Residência Multiprofissional. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012.
4. SES/PE. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Programa de residência em Enfermagem em Pneumologia. Programa Político Pedagógico. Recife. Hospital Otávio de Freitas. Recife: 2008.
5. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília: 2012.
6. Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos pagu* (24), 2005, pp.105-125.
7. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.21, n.2, pp. 490-498. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200015>
8. Escorel S. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2002. (Relatório final)
9. Dent JA, Harden, RM. *A practical Guide for Medical Teachers*. Capítulo 12 Clinical Skills centre. J.S.Ker. Elsevier Health Sciences. 2001
10. Dent JA, Harden, RM. *A practical Guide for Medical Teachers*. Capítulo 03 curriculum goals. J.R. Crosby. Elsevier Health Sciences. 2013
11. Spady WG. Organizing for results: The basis of authentic restructuring and reform. *Educational Leadership*, 1988. 46(2), pp. 4-8.
12. Harden RM, Crosby JR, Davis MH. An introduction to outcome-based education. Part 1 , AMEE no.14 Outcomebased Education,1999. pp 7-16
13. Bloom BS et al. *Taxionomia de objetivos educacionais*. (1977); 6 ed. Porto Alegre: Globo.
14. Lorin W, Anderson DR, Krathwohl PW. *et al. A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing — A Revision of Bloom’s Taxonomy of Educational Objectives*. Addison Wesley Longman, Inc. 2001
15. Cerullo JASB, Cruz DALM. Clinical reasoning and critical thinking: [review]. *Rev Latinoam Enferm*. 2010;18(1):124-9.
16. Meier MJ, Truppel TC, Crozeta K, Danski MTR, Bertiolli SE. Raciocínio clínico: uma tecnologia instrumental para o cuidado de enfermagem [acesso 10 aug 2014]. Disponível em:<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.100.pdf>
17. Perrenoud P. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artmed Editora; 1999.
18. Klass D. Reevaluation of clinical competency. *Am J Phys Med Rehabil* 2000;79:481-6.
19. Luckesi CC. *Avaliação da aprendizagem escolar*. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2002.
20. Fernandes JD et al . Diretrizes curriculares e Estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. *Revista escola de enfermagem da USP, São Paulo, v.39. n.4. p 443-449 maio/jun 2005*.
21. Ramos DK. Possibilidades e formas de colaboração: um estudo com alunos do ensino fundamental. *Novas tecnologias na Educação*. V.5 Nº2,Dezembro, 2007
22. Feuerwerker LC. Macruz, CLO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc.saúde coletiva* 2007 12(4):965-971.
23. Sherpbier AJJA, van der Veleuten CPM, Rethans J, van der Steeg A. *Advances in medical education*. Kluewer Academic, Dordrecht. 1997
24. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho, RM. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Revista Brasileira de educação médica* 32 (3) : 356–362; 2008
25. Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA orgs. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO; 2004.
26. Botti SHO, Rego S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 263-373, 2008.
27. Tardif M. *Saberes docentes e formação profissional*. Petrópolis: Vozes. 2008.
28. Schon DA. 2000 educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e

- aprendizagem. Porto alegre: Artmed 2000
29. Massuda A, Cunha FM, Petta H. Residência médica: Contribuições dos médicos residentes ao debate. *Rev Assoc Med Bras* 2007; 53(2): 95-107
 30. Taveira, MGM, Cavalcanti, SMS. Analisando o Internato em Atenção Básica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, Suplemento 1, p. 388, 2007.
 31. Troncon LEA. Avaliação do estudante de Medicina. *Medicina Ribeirão Preto*. 1996; 29(4):p. 429-439.
 32. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica. São Paulo: Hucitec, Rede Unida, ABEM; 2002.
 33. Epstein RM, Dannefer EF, Nofziger AC, et al. Comprehensive assessment of professional competence: the Rochester experiment. *Teach Learn Med* 2004;16:186- 96.
 34. Tyler R. Princípios básicos de currículo e ensino. Porto Alegre: Globo, 1974.
 35. Van Der Vleuten CPM. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. *Adv Health Sci Educ* 1996;1:41-67.
 36. Hadji C. A avaliação: regras do jogo das intenções aos instrumentos. Portugal: Porto Editora. 1997
 37. Nunziati G. Pour construire un dispositif d'évaluation formatrice. *Cahiers Pedagogiques*, 280, pp. 47-62 1990
 38. Hadji C. Avaliação desmistificada. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
 39. Williams RL. Preciso saber se estou indo bem: uma história sobre a importância de dar e receber *feedback*. Rio de Janeiro: Sextante, 2005.
 40. Mason B, Bruning R. Providing Feedback in Computer-based Instruction: What the Research tells us, 2003. Disponível em: <http://dwb.unl.edu/Edit/MB/MasonBruning.html> (Acesso em: 11/07/2014).

A Residência em Enfermagem sob a ótica dos preceptores¹

The Residence in Nursing from the perspective of preceptors¹

La Residencia de Enfermería desde la perspectiva de los preceptores¹

Betty Wilma da Costa Rocha²

Luciana Marques Andreto³

Rafael Batista de Oliveira⁴

Resumo

Introdução: A residência facilita o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes inerentes à profissão através da exercitação cotidiana. **Objetivo:** Analisar o programa de residência de enfermagem em pneumologia de um hospital de referência de Recife sob a perspectiva dos preceptores. **Métodos:** Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica. Realizado através de entrevistas individuais semiestruturadas. **Resultados:** Após análise e consenso de três analistas emergiram os temas: *Currículo do Programa, Preceptorial e Avaliação, e as categorias: Carga horária exaustiva mas eficiente; Objetivos de aprendizagem e competências desconhecidos; Estratégias educacionais adequadas e Ambientes e recursos educacionais adequados; Sobrecarga de funções; Percepção equivocada acerca da função do residente; Conflito de identidade profissional; Instrumento de avaliação inadequado, superficial; Critérios subjetivos e desconhecidos; Momento inadequado da avaliação.* **Conclusão:** Emergiram três temas e 10 categorias, onde apesar de serem específicas interligam-se reforçando o fenômeno estudado. Como o tema é bastante complexo e de ampla discussão, não se pode esgotar em todas as respostas, merecendo novos e mais debates para aprofundamento da temática que envolve todos os interessados.

Descritores: Avaliação de desempenho; Treinamento em serviço; Educação de Pós-Graduação em Enfermagem;

Abstract

Introduction: The residence facilitates the development of knowledge, skills and attitudes inherent to the profession through of often exercise. **Objective:** To analyze the assessment system involved the nursing residency program in pulmonology at Recife referential hospital the perspective of preceptors. **Methods:** A qualitative study with aphenomenological approach. Conducted through of individual semi-structured interviews to the preceptors. **Results:** After analysis and consensus of three analysts themes emerged: Curriculum Program, Preceptory and Assessment, and the categories: workload but efficient Hours; learning objectives and unknown powers; Appropriate educational strategies and environments and appropriate educational resources; Function overloading; Misperception about the role of the resident; Professional identity conflict; Assessment instrument inappropriate, superficial; And subjective criteria

1. Baseado na dissertação de mestrado Análise do programa de residência em Enfermagem de um Hospital de referência de Recife/PE. Autoria: Betty Wilma da Costa Rocha Faculdade Pernambucana de Enfermagem. 2015. Recife/PE

2. Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife/PE. Especialista. Email: betty.rocha@hotmail.com

3. Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife/PE. Doutora. Email: lucianandreto@fps.edu.br

4. Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife/PE. Mestre. Email: rafael.oliveira@fps.edu

unknown; Assessment of inappropriate moment. **Conclusion:** Three themes emerged and 10 categories, where despite being specific interconnect up reinforcing the studied phenomenon. As the topic is quite complex and wide-ranging discussion, it can not run out in all the answers, deserving young and discussions to deepen the theme that involves all stakeholders.

Keywords: Performance of assessment; In service training; Education of Graduate Nursing;

Resumen

Introducción: La residencia facilita el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes propias de la profesión a través de la perforación de cada día. **Objetivo:** Evaluar el programa de residencia de ancianos en neumología un hospital de referencia en Recife desde la perspectiva de los preceptores. **Métodos:** Estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico. Llevado a cabo a través de entrevistas individuales semiestructuradas. **Resultados:** Tras el análisis y el consenso de los analistas tres temas surgieron: Programa Curricular, Preceptory y Evaluación, y las categorías: integrales pero eficientes Horas; Objetivos y poderes desconocidos de aprendizaje; Apropiaada estrategias y entornos educativos y recursos educativos adecuados; Sobrecarga de funciones; Percepción errónea sobre el papel del residente; Conflicto de identidad profesional; Instrumento de evaluación inapropiada, superficial; Y criterios subjetivos desconocido; Evaluación de momento inapropiado. **Conclusión:** Tres temas surgidos y 10 categorías, donde a pesar de ser de interconexión específica por reforzar el fenómeno estudiado. Como el tema es bastante complejo y amplio debate, que no se puede ejecutar en todas las respuestas, mereciendo joven y discusiones para profundizar en el tema que involucra a todos los interesados.

Palabras clave: Evaluación del Desempeño; La formación en servicio; Enfermería educación graduado;

INTRODUÇÃO

O programa de Residência em Enfermagem em Pneumologia se constitui em uma especialização na modalidade de ensino de pós-graduação *latu sensu*, destinado aos graduados em Enfermagem. Concentra-se na formação para atuação direta e ou indireta na assistência específica em saúde, para atender às necessidades da população e perfil epidemiológico loco-regionais afim de contribuir para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS ^(1,2,3,4).

PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica, com os preceptores do programa de residência em Enfermagem em Pneumologia do Hospital Otávio de Freitas em Recife/PE. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas individuais até

ocorrer saturação da amostra, que ocorreu com a décima entrevista. Foram excluídos os preceptores que tinham menos de dois anos de experiência profissional. Participaram da pesquisa os que aceitaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com que preconiza a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁽⁵⁾. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o número do CAAE 24707313.0.0000.55.69.

RESULTADOS

Para a análise, foram contemplados o questionário sóciodemográfico e acadêmico e as transcrições das entrevistas individuais com os preceptores. Quanto ao gênero, a maioria dos preceptores é do sexo feminino. Quanto à faixa etária, a maioria encontra-se acima dos 35 anos. Acerca do tempo de formação e experiência profissional a maioria da amostra possui entre 2 e 10 anos.

Tabela 1. Perfil sócio demográfico e acadêmico dos preceptores de enfermagem do Hospital Otávio de Freitas, Recife/PE, 2015.

	n	%
Gênero	Preceptores	
Masculino	2	20
Feminino	8	80
Faixa Etária		
26-30	1	10
>35	9	10
Tempo de Formação		
Entre 2 e 10 anos	8	80
> 11 anos	2	20
Experiência Profissional		
Entre 2 anos e 10 anos	8	80
> 10 anos	2	20

Foram realizadas entrevistas individuais com os preceptores, após leitura exaustiva, análise e consenso com os especialistas foram organizados em três temas: *Currículo do programa, Preceptorial e Avaliação*. Desses com 10 categorias.

Tabela 2. Descrição das categorias do tema programa de residência sob a ótica dos preceptores. Recife/PE, 2015.

Temas	Categorias
1. Currículo do programa	1.1 Carga horária exaustiva mas eficiente 1.2 Objetivos de aprendizagem e competências desconhecidos 1.3 Estratégias educacionais adequadas 1.4 Ambientes e recursos educacionais adequados

“Acho que a carga horária é exaustiva [...]mas[...]é até bom, passar muito tempo no hospital de referência.” (P5)

“A carga horária muito exaustiva[...]estando mais no hospital irão ver mais, fazer mais e assim ter mais contato e [...]fazer repetidamente as coisas.” (P10)

“Para isso precisa que ele desenvolva as competências técnicas inerentes à profissão e a especialidade, como passar uma sonda, ou ver uma radiografia de tórax.” (P5)

“Ter iniciativa, é [...] ser autônomo, proativo, precisa desenvolver o raciocínio crítico e reflexivo e ser também ético. A ética é algo muito importante para o residente.” (P1)

“Saber identificar um raio x [...]como eles são de pneumo e não sabem.” (P4)

“Eles podem relacionar a teoria e a prática já que na reunião clínica e seminário podem exercitar tanto conhecimentos teóricos [...]como a comunicação com os outros [...] de uma forma multiprofissional.” (P1)

“A repetição dos conteúdos [...]tem a possibilidade de vivenciar em pouco tempo.” (P2)

“[...]da ligação dos residentes[...] grupo coeso, colaborativo[...] o contato diário com os pacientes e diferentes situações, é outra coisa também (contribui para o aprendizado).” (P10)

“A questão do hospital de referência, a integração entre as residências[...] vendo as situações diariamente, repetido, fazendo, errando, aprendendo.” (P7)

Tabela 3. Descrição das categorias do tema preceptor sob a ótica dos preceptores. Recife/PE, 2015.

Tema	Categorias
2. Preceptoría	2.1. Sobrecarga de funções 2.2. Percepção equivocada acerca da função do residente 2.3. Conflito de identidade profissional (preceptor e enfermeiro assistencial)

“Acho que deveria ter um preceptor só para ficar com eles, acompanhando. Porque eu mesma fico um pouco sobrecarregada e com certeza, isso interfere no resultado final que é o aprendizado.” (P1)

“Talvez esses (preceptores) que tem essa visão (distorcida) estejam sobrecarregados do trabalho, muitas vezes não tem respaldo técnico nessa área também.” (P8)

“Eu sei que eles tem os horários certos, mas acho que ele não deveriam se ausentar no momento do plantão[...]tem hora que tem uma coisa ou outra e aí eles vão e saem para o seminário ou outra coisa.” (P3)

“...vejo se ele (o residente) consegue resolver as coisas só, se é autônomo, se faz tudo isso (sozinho).” (P3)

“Acho que eles (residentes) saem muito do plantão[...]Talvez ajustar esses horários, deixar as atividades teóricas para a tarde já que no setor à tarde.” (P6)

“...por que os mais antigos não precisam (de preceptoria) eles se desenrolam sozinhos.” (P7)

“Acho que se tivesse um preceptor mais junto era melhor, a gente até quer ajudar mas às vezes não dá mesmo. O tempo é [...]muito corre-corre se tivesse alguém só para isso[...]o diarista que tá todo dia.” (P4)

“Deveria ter um preceptor (exclusivo)[...]Acho que era preciso um preceptor só para isso, a gente fica meio que tendo que ficar com eles e fazer nossas atividades.” (P7)

Tabela 4. Descrição das categorias do tema avaliação sob a ótica dos preceptores. Recife/PE, 2015.

Tema	Categorias
3. Avaliação	3.1 Instrumento inadequado, superficial e engessado 3.2 Critérios subjetivos e desconhecidos 3.3 Momento inadequado da avaliação

“Aquele ficha é muito cansativa e sinceramente só leio o primeiro tópico de cada item daquele e dou a nota.” (P1)

“[...]a avaliação também, aquela ficha é muito ruim, muitos itens. Acho que poderia diminuir.” (P3)

“A ficha de avaliação bem fechada, a gente não pode sair dali, eles precisam da nota, temos que seguir aqueles itens já predeterminados[...]um instrumento rígido.” (P10)

“[...]no fim do rodízio identifico se ele foi capaz de realizar as coisas daquele setor, né. E sempre tento falar as questões né [...] como ele se saiu naquele setor né.” (P3)

“Os critérios que eu uso é a ficha[...] quer dizer[...] sigo a ficha de avaliação. Os itens, sigo os itens, dou a nota de acordo com o que eu acho justo.” (P2)

“Normalmente eles (residentes) pedem que a gente avalie no último dia do rodízio ou depois de muito tempo do rodízio já ter acabado. Se pede no último dia eu normalmente não lembro como foi o mês daquele residente.” (P1)

“Eles pedem a gente depois de muito tempo, isso é ruim, por que nem lembro se ele ficou comigo mesmo naquele tempo.” (P3)

“[...]para avaliar devia ser quem acompanhou eles direito. Às vezes você fica dois dias e eles querem que você avalie, fica difícil né?.” (P9)

DISCUSSÃO

Quanto ao gênero, a maioria dos preceptores é do sexo feminino. Pelo contexto histórico, o papel feminino estar intimamente ao cuidado, é possível agregar a construção social à de gênero no ramo de Enfermagem, pelo caráter iminente familiar e maternal ⁽⁶⁾. Quanto à faixa etária, a maioria se encontra acima dos 35 anos. Acerca do tempo de formação e experiência profissional, a maioria da amostra possui entre 2 e 10 anos. Corroborando, o estudo de Castells a faixa etária é de 30 a 40 anos, sendo esses 10 anos de tempo de formação e experiência profissional ⁽⁷⁾.

Acerca do tema *Currículo do programa* quatro categorias foram agrupadas. Na primeira categoria, a *Carga horária exaustiva mas eficiente*, ficou evidenciado através do discurso dos preceptores que eles acham a carga horária do programa exaustiva, sendo uma dificuldade para aqueles residentes que possuam outras atribuições fora à residência. Eles acreditam que a carga horária elevada, possibilita aos residentes oportunidade de convivência maior com as atividades inerentes a profissão, levando a repetição delas e conseqüentemente favorecendo o aprendizado. Entretanto, para Pessoa & Constantino (2002), o treinamento em serviço sob supervisão em regime integral é a melhor maneira de aperfeiçoamento e especialização ⁽⁸⁾.

Na categoria *Objetivos de aprendizagem e competências desconhecidos*, emergiu nas falas dos preceptores, onde eles possuem conhecimento sobre o regimento do programa, porém não especificadamente dos objetivos de aprendizagem de cada cenário. Os objetivos de aprendizagem são especificados no currículo quando é utilizada a educação baseada em resultados, afim de mostrar facilmente o objetivo esperado e as possíveis estratégias para alcançá-lo ^(4,9,10). Esses objetivos de aprendizagem especificados podem ser elaborados segundo a taxonomia de Bloom que os caracteriza em cognitivos, psicomotores e afetivos, para um melhor planejamento e execução das atividades para os envolvidos no processo ensino-aprendizagem ⁽¹¹⁾.

Para o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes dos residentes, os preceptores acreditam que o programa contribui, criando oportunidades para o desenvolvimento do pensamento crítico, reflexivo e ético, além de possibilitar aos residentes o exercício de tomada de decisão. Através do desenvolvimento do raciocínio

clínico, onde o conhecimento cognitivo, competências e habilidades se interlaçam para a possibilidade da tomada de decisão a fim de solucionar problemas de uma situação real^(12,13). E assim desenvolver inúmeras competências inerentes à profissão que é a capacidade de internalizar diversos conjuntos de conhecimentos especializados, situações, habilidades a fim de resolver situações e problemas reais no âmbito profissional^(14,15).

Em relação às *Estratégias educacionais e Ambientes e recursos educacionais adequados* os preceptores relatam adequadas. Descreveram a oportunidade de repetição dos conteúdos, atividades teórico-práticas e a colaboração do grupo como estratégias para facilitar o aprendizado individual e no grupo da residência. A repetição das atividades e exercitação dos conhecimentos favorece o desenvolvimento de competências e a internalização de habilidades e hábitos, através da revisitação e exercitação dos conteúdos⁽¹⁶⁾. As atividades teóricas práticas, os seminários e as reuniões clínicas foram descritas como uma oportunidade de correlacionar a teoria com a prática e assim aprimorar os conhecimentos. A associação de atividades teóricas e práticas, oportunidades de vivência em diferentes cenários, participação em atividades de ensino, pesquisa e extensão favorecem não só o processo ensino-aprendizagem como também o desenvolvimento de habilidades e atitudes para tomada de decisões imprevisíveis⁽¹⁷⁾. A oportunidade de contato com novas tecnologias e grande variedade de cenários de prática, no caso um hospital de referência é o escopo da grande diversidade da especialidade. O hospital é uma organização complexa que presta serviços de saúde e necessita de vários profissionais e seus diversos saberes interferindo diretamente na formação da identidade profissional dos residentes⁽¹⁸⁾.

Em relação à integração da equipe multiprofissional, os envolvidos apontam como sendo uma potencialidade do programa que favorece a aprendizagem. Um grupo de trabalho na saúde é mais eficaz quando formado por diversos profissionais de diferentes profissões, pois contribuem mais em si⁽¹⁹⁾. Tanto a formação como o exercício na área de saúde, dispõe de equipes multiprofissionais a fim de elevar a qualidade da assistência e da formação em saúde⁽²⁰⁾. O grupo multiprofissional na saúde tem a oportunidade de compor, cada um em sua profissão, uma intervenção coletiva favorecendo o aprendizado combinado à resolução dos serviços de saúde⁽²¹⁾.

Na categoria *Percepção equivocada acerca da função do residente*, os preceptores relatam que acham inadequado os residentes se ausentarem para atividades teóricas no momento que eles estão no plantão. Para Feuerwerker (1998), não deve

existir dissociação, nem subordinação entre o trabalho e o aprendizado. Um se faz dentro do outro ⁽²²⁾.

Ainda no tema *Preceptoría*, a categoria *Sobrecarga de funções*, os preceptores relatam que se sentem sobrecarregados acumulando as duas funções, a de enfermeiro e a de preceptor. Um estudo desenvolvido por um hospital universitário em Maceió em 2011⁽²³⁾, também evidenciou essa questão, sendo a categoria denominada *sobrecarga de trabalho*, onde os enfermeiros revelaram em seu discurso, dificuldades na acumulação de funções sentindo-se sobrecarregados. Revelaram ainda um prejuízo na ação da preceptoría, onde a sobrecarga de serviço possibilitaria a condução para uma preceptoría ineficiente, já que os preceptores para conseguirem atuar eficazmente suas tarefas assistenciais optam por elas, em vez de acompanhar os estudantes. No presente estudo, isso fica mais evidente com a próxima categoria: *Conflito de identidade profissional*, mas claramente explicada a seguir, pois os preceptores relatam que deveria existir um preceptor com a única função de acompanhar os residentes, que não sejam eles. Corroborando, os preceptores, comumente, escolhem por desenvolver e fazer suas atividades assistenciais ao invés de escolher por ensinar e discutir as atividades educacionais com os residentes, possivelmente devido a essa sobrecarga de funções ^(23,24).

Essa categoria é *Conflito de identidade profissional* (enfermeiro assistencial e preceptor) que emergiu também apenas nos preceptores. Eles acreditam que para uma melhor qualidade da assistência de enfermagem e da aprendizagem dos residentes seja necessário à presença de um enfermeiro exclusivo para as atividades de preceptoría. O preceptor é o profissional do serviço de saúde, considerado como agente de prática pedagógica, que deverá orientar e supervisionar os residentes a fim de contribuir para a construção do aprendizado deles. Atua nos âmbitos profissionais e sociais utilizando o ambiente de prática como cenário educacional ⁽²⁵⁾.

No que concerne o tema Avaliação, na categoria *Instrumento inadequado, engessado* os preceptores relatam que a avaliação ocorre em um único instrumento, engessado, com muitos itens, sem *feedback*, realizado apenas uma vez por mês. A avaliação tem caráter situacional, diagnóstico com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão levando a criação de condições para um melhor aproveitamento da aprendizagem ⁽¹⁶⁾. Quem avalia normalmente não está junto do residente. Avaliação dos rodízios feita por preceptores que não o acompanharam diariamente durante o mês e portanto não tem como avaliar o desenvolvimento das habilidades clínicas dos

residentes. Pois para que se possa avaliar se o residente desenvolveu alguma competência, se faz necessária a observação direta do residente para que haja a condição real da avaliação por competências ^(26,27). E no presente estudo, os residentes percebem isso quando relatam que quem deveria avaliar seriam os técnicos de enfermagem, por estarem mais presentes que os preceptores, apesar de saberem a impossibilidade dessa avaliação por questões acadêmicas e legais. Além de perceberem a importância de se avaliar por competências, quando relatam a importância da observação do preceptor. Pois para se avaliar por competências é preciso que o desempenho do residente seja observado durante a execução de atividades clínicas, para que sejam avaliadas, não só o conhecimento cognitivo como também as habilidades psicomotoras, interação com a equipe e paciente, comprometimento profissional e ético ⁽²⁷⁾.

A observação direta dos residentes pode ser complementada com apresentações orais, exercícios escritos que avaliem o raciocínio clínico, pesquisa na literatura, além de encontros com os pacientes, servindo para potencializar o significado dos conteúdos e da avaliação ⁽²⁸⁾. A avaliação deve ser entendida como forma de analisar se os objetivos de aprendizagem estão sendo alcançados e assim dar tomada de decisão, como forma de dar prosseguimento para que cada vez mais se avançar no processo ensino-aprendizagem ⁽²⁹⁾. Esse entendimento retorna a importância dos objetivos de aprendizagem, retomando para o início do estudo.

A categoria *Crítérios subjetivos e desconhecidos* do tema avaliação, evidenciou as falas, algo simplistas e não específicas, talvez pelo não conhecimento em profundidade dos critérios utilizados. Além de demonstrarem utilizar subjetividade neles, talvez por esses critérios não estarem bem claros. Existem cinco critérios que determinam o sucesso de um método qualquer de avaliação: confiabilidade, validade, impacto no aprendizado futuro e prática, acessibilidade para os aprendizes e custo (individual e para a instituição). Todos esses critérios devem ser levados em consideração para o favorecimento do sucesso na escolha da avaliação ⁽³⁰⁾.

Na categoria *Momento inadequado da avaliação*, os preceptores acreditam que deveria estar claro o momento da avaliação, pois muitos residentes pedem para que eles os avaliem apenas no final do rodízio, deixando claro o desconforto disso para os preceptores. É interessante que se use vários instrumentos, diversas vezes, pois todos os métodos de avaliação possuem falhas intrínsecas. Por isso a necessidade da utilização de vários métodos, usados inúmeras vezes para tentar compensar essas falhas do método ^(31,32).

CONCLUSÕES

Este estudo visou compreender o programa de residência em Enfermagem em Pneumologia, através da análise do tema e sob a ótica dos preceptores, a fim de possibilitar a resposta para questões intimamente ligadas ao tema e de difícil entendimento. Sendo assim, o tema não se pode esgotar em todas as respostas, pois o tema é de ampla discussão e merece mais debates para aprofundamento da temática que envolve todos os interessados, como: a população acadêmica, residentes, preceptores e coordenadores da área e assim favorecer a otimização das características que já se encontram adequadas e uma melhoria progressiva das dificuldades existentes, levando ao alcance da excelência.

Emergiram três temas e 10 categorias das falas dos preceptores. Os temas foram Currículo do programa, Preceptoria e Avaliação. As categorias foram *Carga horária exaustiva mas eficiente; objetivos de aprendizagem e competências desconhecidos; Estratégias educacionais adequadas e Ambientes e recursos educacionais adequados; Sobrecarga de funções; Percepção equivocada acerca da função do residente; Conflito de identidade profissional; Instrumento de avaliação inadequado, superficial; Critérios subjetivos e desconhecidos; Momento inadequado da avaliação*. Portanto, as categorias interligam-se reforçando o fenômeno estudado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Congresso Nacional. Lei 11.129 de 30 de junho de 2005. Brasília, DF, 2005.
2. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 259 de 12 de julho de 2001.
3. Brasil. Conselho Nacional de Residência Multiprofissional. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012.
4. SES/PE. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Programa de residência em Enfermagem em Pneumologia. Programa Político Pedagógico. Recife. Hospital Otávio de Freitas. Recife: 2008.
5. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília: 2012.
6. Meyer DE. A formação da enfermeira na perspectiva de gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE, organizadoras. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995. p. 63-78.
7. Castells, MA. Estudo dos Programas de Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade: a questão da preceptoria. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro.2014.
8. Pessoa JHL, Constantino CF. O médico residente como força de trabalho. Rev Soc Cardiol 2002;6:821-5.
9. Dent JA, Harden, RM. A practical Guide for Medical Teachers. Capítulo 03 curriculum goals. J.R. Crosby. Elsevier Health Sciences. 2013
10. Spady WG. Organizing for results: The basis of authentic restructuring and reform. Educational Leadership, 1988. 46(2), pp. 4-8.
11. Bloom BS et al. Taxionomia de objetivos educacionais. (1977); 6 ed. Porto Alegre: Globo.

12. Cerullo JASB, Cruz DALM. Clinical reasoning and critical thinking: [review]. *Rev Latinoam Enferm*. 2010;18(1):124-9.
13. Meier MJ, Truppel TC, Crozeta K, Danski MTR, Bertiolli SE. Raciocínio clínico: uma tecnologia instrumental para o cuidado de enfermagem [acesso 10 aug 2014]. Disponível em:<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.100.pdf>
14. Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed Editora; 1999.
15. Klass D. Reevaluation of clinical competency. *Am J Phys Med Rehabil* 2000;79:481-6.
16. Luckesi CC. Avaliação da aprendizagem escolar. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2002.
17. Fernandes JD et al. Diretrizes curriculares e Estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. *Revista escola de enfermagem da USP, São Paulo*, v.39. n.4. p 443-449 maio/jun 2005.
18. Feuerwerker LC, Macruz, CLO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc.saúde coletiva* 2007 12(4):965-971.
19. Sherpier AJJA, Van der Veleuten CPM, Rethans J, Van der Steeg A. *Advances in medical education*. Kluwer Academic, Dordrecht. 1997.
20. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho, RM. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. *Revista Brasileira de educação médica* 32 (3) : 356–362; 2008
21. Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA orgs. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO; 2004.
22. Feuerwerker LM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu*, v. 2, n. 3, p. 51-71, 1998.
23. Tavares PEN, Santos SAM, Comassetto I, Santos RM, Santana VVRS. A vivência do ser enfermeiro e preceptor em um hospital escola: olhar fenomenológico. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev. Rene Rev Rene, Fortaleza*, 2011 out/dez; 12(4):798-807.
24. Cunha M, Ribeiro O, Vieira C, Pinto F, Alves L, Santos R, et al. Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. *Millenium - Rev IPV*. 2010; 38(1):271-82.
25. 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 (RJ): ENSP/FIOCRUZ, 2006.
26. Troncon LEA. Avaliação do estudante de Medicina. *Medicina Ribeirão Preto*. 1996; 29(4):p. 429-439.
27. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica. São Paulo: Hucitec, Rede Unida, ABEM; 2002.
28. Epstein RM, Dannefer EF, Nofziger AC, et al. Comprehensive assessment of professional competence: the Rochester experiment. *Teach Learn Med* 2004;16:186- 96.
29. Tyler R. Princípios básicos de currículo e ensino. Porto Alegre: Globo, 1974.
30. Van Der Vleuten CPM. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. *Adv Health Sci Educ* 1996;1:41-67.
31. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002;287:226-35.
32. Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R. Assessment of clinical competence. *Lancet* 2004;357:945-9.

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo visou compreender o programa de residência em Enfermagem em Pneumologia, através da análise do tema e da vivência dos envolvidos, a fim de possibilitar a resposta para questões intimamente ligadas ao tema e de difícil entendimento. Sendo assim, o tema não se pode esgotar todas as respostas, pois o tema é de ampla discussão e merece mais debates para aprofundamento da temática que envolve todos os interessados, como: a população acadêmica, residentes, preceptores e coordenadores da área e assim favorecer a otimização das características que já se encontram adequadas e uma melhoria progressiva das dificuldades existentes, levando ao alcance da excelência.

As potencialidades descritas do programa foram: a ocorrência de estratégias e recursos educacionais adequados, a oportunidade de integração com a equipe multiprofissional, e acontecer em um hospital de referência. As fragilidades foram a preceptoria, por um possível papel docente ineficiente relatado pelos residentes e sobrecarga de funções pelos preceptores. Há visões diferentes acerca do mesmo tema. Para os residentes, os preceptores podem deixar a tarefa de preceptoria um pouco aquém do que eles esperavam e os preceptores afirmam que se sentem sobrecarregados com as atividades assistenciais podendo não desempenhar plenamente a contento as duas funções, quando simultaneamente. Outra fragilidade descrita foi o tema *Avaliação*, onde a ausência de auto avaliação e *feedback* foi levantado pelos residentes e o momento inadequado da avaliação por parte dos preceptores, parece haver um consenso neles que a maior parte desses momentos são inadequados. O modelo de avaliação utilizado também foi descrito como fragilidade, pois relatam como superficial e engessado, onde a ocorrência de muitos itens presentes na ficha de avaliação poderia dificultar o processo ensino aprendizagem.

O programa de residência de Enfermagem em Pneumologia aqui descrito, segue as diretrizes e princípios determinados nas principais leis que formalizam a residência e do sistema único de saúde. Possui potencialidades e fragilidades que devem ser melhor estudadas e analisadas a fim de possibilitar mudanças e se alcançar a excelência. Apesar das fragilidades aqui apontadas, os benefícios pessoais e profissionais ao profissional egresso superam as possíveis falhas existentes no sistema atual. Ainda sim, é uma grande oportunidade de crescimento pessoal, intelectual e profissional participar de um programa de residência.

Sugere-se com este estudo que seja investido em educação permanente para os preceptores voltada para educação. Haja seleção dos profissionais assistenciais pela especialidade. Além de haver uma seleção interna para os preceptores de acordo com um perfil adequado para educação. Desenvolvimento e institucionalização da auto-avaliação utilizando-a formalmente. Utilização do *feedback* na avaliação prática dos rodízios. Possibilidade da avaliação dos preceptores pelos residentes e órgão administrativo do hospital como forma de admissão e permanência. Algumas sugestões necessitariam de um apoio da gestão pública para estruturação e até a realização de políticas públicas mais amplas, nem sempre existentes. Articulações políticas se fazem necessárias para o efetivo acontecimento.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Freire, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 9. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
2. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.
3. Vasconcelos M, Grilo MJC, Soares SM. *Práticas pedagógicas em atenção primária à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.
4. Piconez AS. (Org.). *Prática de ensino e o Estágio supervisionado*. Campinas: Papyrus, 1991.
5. Carraro TE. (Org.). *Metodologia para a assistência de Enfermagem: teorizações, modelos, subsídios para a prática*. Goiânia, GO.: Editora AB, 2001, p.154.
6. Schön DA. *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e aprendizagem*. Porto Alegre. Artmed 2000.
7. Monteiro AM. A prática de ensino e a produção de saberes na escola. In: CANDAU V M (Org.). *Didática, currículo e saberes escolares*. Rio de Janeiro: DP & A, 2000.
8. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 13^a ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra. 2005
9. Brasil. Congresso Nacional. Lei 11.129 de 30 de junho de 2005. Brasília, DF, 2005.
10. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 259 de 12 de julho de 2001 Brasília, DF, 2001.
11. Brasil. Conselho Nacional de Residência Multiprofissional. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Brasília, DF, 2012.
12. SES/PE. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. Programa de residência em Enfermagem em Pneumologia. Programa Político Pedagógico. Recife. Hospital Otávio de Freitas. Recife: 2008.
13. Silva, T T. *Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo*. Belo

- Horizonte: Autêntica, 1999. 156 p.
14. Goodlad, J. I et al (1979). Curriculum inquiry: the study of curriculum practice. New York: McGraw Hill.
 15. Freire, P. A importância do ato de ler. 22ª Ed. São Paulo. Editora Cortez. 1988.
 16. Faria ET. Avaliação e interação pedagógica: uma reflexão. In: Enricone D, Grillo M. Avaliação: uma discussão em aberto. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2000. p. 69-17. 88.
 18. Luckesi CC. Avaliação da aprendizagem escolar. 22ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.
 19. Haydt RC. Avaliação do processo ensino-aprendizagem. 6ª ed. São Paulo: Ática; 1997. Auto-avaliação; p. 147-156.
 20. Frias MAE, Kobayashi EM, Crespo AS, Okane ESH, Leite MMJ. Dificuldades nas técnicas básicas de enfermagem pelos alunos de um curso técnico de enfermagem. Rev Paul Enferm. 2001.
 21. CNMRS. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Relatório de Atividades Exercício 2007/2009. Brasília, DF. 2009
 22. Lima DM, Porto ME. Residência em Enfermagem – subsídios para possíveis estudos. Enf. Novas Dimensões, v. 3, n. 5, p. 294-298, 1977.
 23. Brasil. Ministério da Saúde e de Educação. Portaria Ministerial 2.117/2005. Brasília, DF, 2005.
 24. Tyler R. Princípios básicos de currículo e ensino. Porto Alegre: Globo, 1974.
 25. Boff L. Saber cuidar. Ética do humano: compaixão pela terra. 14 ed. Petropolis: Vozes. 2008
 26. Rogers C. R. Um jeito de ser. São Paulo EPU. 1983.
 27. Libâneo J.C. Didática. São Paulo: Cortez, 2008. (Coleção Magistério. Série Formação do Professor).

28. Haydt R.C.C. Curso de Didática Geral. São Paulo: Ática, 2004.
29. Turra CMG. Planejamento de Ensino e Avaliação. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2006.
30. Godfrey RC. Undergraduate examinations – a continuing tyranny. *The Lancet* 345: 765–767. 1995
31. Lindblom-Ylänne, S. & Lonka, K. Students' Perceptions of Assessment Practices in a Traditional Medical Curriculum *Advances in Health Sciences Education* 6: 121–140, 2001.
32. Van Der Vleuten CPM. The Assessment of professional competence: developments, research and practical implications. *Adv Health Sci Edu.* 1996;1;41-67
33. Ronald M. Epstein MD. Assessment in Medical Education. *The new england journal of medicine.* 356:387-96, 2007.
34. Silva CMC *et al.* Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 15, p. 2.539-2.050, 2010.
35. Husserl E. Ideias para uma Fenomenologia pura e para uma Filosofia Fenomenológica. V. 1. Aparecida, São Paulo: Ideias & Letras, 2006.
36. Mota P. De Husserl a Merleau-Ponty e Mikel Deleuze: Fenomenologia e Estética. Reflexão Crítica. Porto:Edições Ecopy, 2006.
37. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília: 2012.

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa:

ANÁLISE DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO RECIFE SOB A PERSPECTIVA DOS ENVOLVIDOS: UM ESTUDO QUALITATIVO

O motivo que nos leva a estudar o problema é analisar o programa de residência em Enfermagem em Pneumologia. O objetivo desse projeto é: Analisar o programa de residência de enfermagem em pneumologia de um hospital de referência do Recife sob a perspectiva dos envolvidos.

O procedimento de coleta de dados será realizado através de um questionário sócio demográfico, Grupo focal para os residentes e entrevistas individuais semiestruturadas para os preceptores. Suas respostas serão gravadas e posteriormente transcritas fielmente para análise. Você perderá aproximadamente 1 h e 30 min.

Existe um risco mínimo de constrangimento para você, entretanto o sigilo dos dados será preservado.

Você será esclarecido (a) 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. Os resultados dos testes serão enviados para você, se assim o desejar, e permanecerão confidenciais. 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. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma forma de pagamento para a sua realização.

Eu, _____, RG _____

,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. O pesquisador certificou-me

de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável: Betty Wilma da Costa Rocha. A qualquer momento através do telefone: (81) 99225142 ou endereço: Rua Est. Jeremias Bastos n 284, apt 1303, Pina, Recife-PE ou com o Comitê de Ética da Faculdade Pernambucana de Saúde- FPS, sito à Rua Jean Emile Favre, N° 422, Imbiribeira - Recife-PE – Brasil. Atendimento: De segunda a sexta-08:30 às 11:30/ 14:00 às 16:30 Local: Sala 9.1.10 B/Bloco 9 (1° Andar) Telefone: (81)3035.7732 Daniele Campos. email: 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 2Instrumento de Coleta de dados
GRUPO FOCAL- RESIDENTES**1. Introdução** (aproximadamente 10 minutos)

Realizar uma breve apresentação do moderador, observador e participantes. Explicar os objetivos da pesquisa, o que se pretende com a discussão, explicar o caráter sigiloso da pesquisa. Assinar o TCLE.

**2. Pergunta introdutória** (aproximadamente 10 minutos)

Há quanto tempo você é residente e por que você escolheu essa especialidade?

**3. Discussão Profunda** (60 – 90 minutos)

- Como você percebe o programa de residência?
- Tem conhecimento do regimento do programa? Se sim, o quê? Se não, porque você não conhece?
- Que competências, habilidades e atitudes vocês acham importantes para o residente de enfermagem em pneumologia?
- O programa de residência contribui para o desenvolvimento dessas habilidades e competências? Se sim, como? Se não, porquê?
- Na sua opinião, quais as potencialidades do programa? Digam cinco.
- E as fragilidades, digam cinco.
- Quais sugestões vocês dariam para aperfeiçoar o programa?
- E sobre o sistema de avaliação que vocês são submetidos, como vocês são avaliados? Vocês avaliam alguém? Quais instrumentos utilizados? Recebem feedback? Se sim, como?
- O sistema de avaliação necessita de aperfeiçoamento/melhoria, na opinião de vocês? Se sim, como?

**4. Conclusão** (aproximadamente 10 minutos)

O moderador faz um resumo das informações discutidas. Deixa espaço para colocações finais dos participantes. Agradece.

APÊNDICE 3

Instrumento de Coleta de dados

ROTEIRO DE ENTREVISTA-PRECEPTOR

1. Você poderia me falar um pouco sobre como você tem percebido o programa de residência?
2. Você conhece o regimento do programa?
3. Que competências, habilidades e atitudes você acha importantes para o residente de enfermagem em pneumologia?
4. O programa contribui para o desenvolvimento dessas habilidades e competências, como?
5. Na sua opinião, quais as potencialidades do programa, diga cinco.
6. E as fragilidades, diga cinco.
7. Você teria alguma sugestão para aperfeiçoamento do programa?
8. Dentro do programa, quais os tipos de avaliação existentes e quais você utiliza?
9. Quais os critérios que você utiliza para avaliar o desempenho dos residentes no programa?
10. Você tem o conhecimento sobre os objetivos de aprendizagem propostos no programa?
11. Que critérios são utilizados para decidir se o residente está apto para finalizar o rodízio ou concluir o ano?

APÊNDICE 4

Instrumento de coleta de dados

QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO E ACADÊMICO-PROFISSIONAL**Gênero**

1. Masculino () 2. Feminino ()

Idade _____**Etnia**

1. Branca () 2. Parda () 3. Negra ()

Estado civil

1. Solteiro () 2. Casado () 3. União estável () 4. Separado () 5. Viúvo () 6. Outros () _____

Categoria do participante

1. Preceptor () 2. Residente ()

Preceptores

- Titulação**
1. Especialização ()
2. Mestrado () 3. Doutorado ()
4. Pós-doutorado ()

Tempo de formação

1. < 1 ano () 2. Entre 1e 5 anos () 3. Entre 6 e 10 anos ()
4. > 11 anos()

Experiência profissional

1. < 2anos incompletos ()
2. Entre 2 e 4 anos e 11 meses ()
3. Entre 5 e 9 anos e 11 meses ()
4. Acima de 10 anos ()

Residente

- Tempo de formação
1. < 1 ano ()
2. Entre 1e 5 anos ()
3. Entre 6 e 10 anos 4. > 11 anos ()

Tipo de ocupação:

1. Só a residência () 2. + 1 vínculo ()
3. + 2 vínculos ()

Experiência profissional

anterior ao ingresso no programa de residência

1. < 2anos incompletos ()
2. Entre 2 e 4 anos e 11 meses ()
3. Entre 5 e 9 anos e 11 meses ()
4. Acima de 10 anos ()

ANEXO 1
DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 54-14-ANÁLISE DO PROCESSO AVALIATIVO COM OS ENVOLVIDOS DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO RECIFE: UM ESTUDO QUALITATIVO, apresentada pelo (a) pesquisador (a) Betty Wilma da Costa Rocha foi **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP-FPS), em reunião ordinária 13 de março 2014.

Recife, 13 de março de 2014.


Dr^a. Ariani Impieri de Souza

Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde.



Ariani Impieri de Souza
Coordenadora do CEP/FPS

ANEXO 2 NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA CIENTÍFICA

Preparo dos Manuscritos

Aspectos gerais

A **REBEn** adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE*), atualizados em abril de 2010. Esses requisitos, conhecidos como estilo *Vancouver*, estão disponíveis na URL http://www.icmje.org/urm_main.html.

Os manuscritos de todas as categorias aceitas para submissão à **REBEn** deverão ser digitados em arquivo do *Microsoft Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas. As páginas devem ser numeradas, consecutivamente, até às Referências. O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito. O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, ou trechos de depoimentos ou entrevistas. Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto; naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado⁽⁵⁾]. Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado⁽¹⁻⁵⁾]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado^(1,3,5)].

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la. As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável, não sendo aceitas notas de fim nos manuscritos.

As ilustrações (tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, etc.) serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto. Qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 – título). Após a ilustração, na parte inferior, indicar a fonte consultada (elemento obrigatório, mesmo que seja produção do próprio autor), legenda,

notas e outras informações necessárias à sua compreensão, se houver (ver: ABNT NBR

14724 / 2011 - Informação e documentação — Trabalhos acadêmicos — Apresentação).

As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Normas de apresentação tabular. 3.ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>>.

O(s) autor(es) do manuscrito submetido à **REBEn** deve(m) providenciar a autorização, por escrito, para uso de ilustrações extraídas de trabalhos previamente publicados.

Estrutura do texto

É recomendável que os artigos de **Pesquisa** e de **Revisão** sigam a estrutura convencional: Introdução, Revisão da Literatura, Método, Resultados, Discussão e Conclusões, sendo necessário, às vezes, incluir subtítulos em alguma(s) dessas seções. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente. Independentemente da categoria, os manuscritos devem conter, na ordem seguinte:

a) Página de identificação

É a **primeira página** do manuscrito e deverá conter, na ordem apresentada, os seguintes dados: título do artigo (**máximo de 15 palavras**) nos três idiomas (português, inglês e espanhol); nome do(s) autor(es), indicando, em nota de rodapé, título(s) universitário(s), cargo e função ocupados, Instituição a que pertence(m) e à qual o trabalho deve ser atribuído, e endereço eletrônico para troca de correspondência. Se o manuscrito estiver baseado em tese de doutorado, dissertação de mestrado ou monografia de especialização ou de conclusão de curso de graduação, indicar, em nota de rodapé, a autoria, título, categoria (tese de doutorado, etc.), cidade, instituição a que foi apresentada, e ano.

b) Resumo e Descritores

O resumo e os descritores iniciam uma **nova página (a segunda)**. Independente da categoria do manuscrito, o Resumo deverá conter, no **máximo, 150 palavras**. Deve ser escrito com clareza e objetividade, o que, certamente, contribuirá para o interesse do público alvo na leitura do inteiro teor do manuscrito. No resumo deverão estar descritos o objetivo, a metodologia, os principais resultados e as conclusões, bem como os aspectos novos e mais importantes do estudo. O Resumo em português deverá estar acompanhado das versões em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Logo abaixo de cada resumo, incluir, respectivamente, três (3) a cinco (5) descritores, *key words* e *palabras clave*. Recomenda-se que o(s) autor(es) do manuscrito confirme(m), na página eletrônica da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), se os descritores que selecionou(aram) estão incluídos entre os *Descritores em Ciências da Saúde - DeCS* (<<http://decs.bvs.br>>).

c) Corpo do texto

O corpo do texto inicia **nova página (a terceira)**, em que não devem constar o título do manuscrito ou o nome do(s) autor(es). O corpo do texto é contínuo. A REBEn não utiliza o sistema de numeração progressiva das diferentes seções que compõem o corpo do texto do manuscrito.

d) Agradecimentos (opcional)

Os agradecimentos, **quando houver**, devem ser colocados antes da lista de referências. O(s) autor(es) deve(m) explicitar, além do(s) nome(s) da(s) pessoa(s), a razão para os agradecimentos. É recomendável que a(s) pessoa(s) seja(m) informada(s) dos agradecimentos que estão sendo feitos a ela(s), e que se obtenha a concordância para inclusão de seu nome nessa seção do manuscrito.

e) **Referências**

O número de referências deve ser limitado a **trinta (30)** nos artigos de **Pesquisa** e a **dez (10)** nos artigos de **Reflexão** e **Relato de Experiência**. Para os artigos de **Revisão** não se estabelecem limites no número de referências, ressaltando-se, porém, a necessidade de se atentar para o número máximo de páginas desta categoria de manuscrito, que deve ser rigorosamente observado. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo *Vancouver*. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*U.S. National Library of Medicine* – NLM), podem ser obtidos na URL <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>.