



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

LETÍCIA DA SILVA SELTENREICH

**COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA PRÁTICA DA
PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Linha de Pesquisa: Educação e Saúde em Enfermagem

Orientadora: Profª Drª Eliana Mara Braga

**Botucatu
2017**

LETICIA DA SILVA SELTENREICH

**COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA PRÁTICA DA
PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem

Linha de Pesquisa: Educação e Saúde
em Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Eliana Mara Braga

Botucatu

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Seltenreich, Letícia da Silva.

Competências do enfermeiro na prática da preceptoria na
residência multiprofissional em saúde / Letícia da Silva
Seltenreich. - Botucatu, 2017

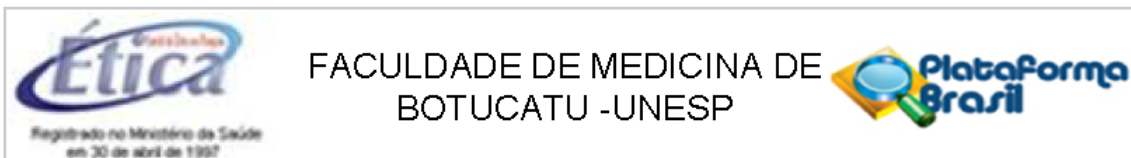
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Eliana Mara Braga
Capes: 40400000

1. Enfermeiros. 2. Competências essenciais. 3.
Preceptoria. 4. Prática profissional. 5. Enfermagem -
Prática.

Palavras-chave: Competências; Enfermagem; Preceptoria;
Residência.

Folha de aprovação



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA PRÁTICA DA PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Pesquisador: LETICIA DA SILVA SELTENREICH

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52521715.1.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.400.685

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa APROVADO, deliberado em reunião do CEP de 01/02/2016, sem necessidade de envio à CONEP.

Dedicatória

Dedico a todos os profissionais enfermeiros que conheci ao longo de minha trajetória, em especial aos que, além de serem enfermeiros, foram meus preceptores e professores neste contexto multifacetado chamado enfermagem. Certamente estes foram a motivação pela escolha do tema que estudei neste período.

Agradecimento

Agradeço a Deus por me permitir estar nessa jornada e concluir esta etapa, me abençoando continuamente com saúde.

Agradeço aos meus genitores, por me conceberem a vida e me mostrarem os caminhos a serem seguidos.

Agradeço a todos os meus familiares, que mesmo à distância, torcem por mim e vibram com cada degrau alcançado.

Aos professores do curso que contribuíram muito para minha formação.

Agradeço a minha orientadora, Eliana Braga, por me acolher, me auxiliar, me corrigir, e me fazer amadurecer com conhecimentos tão peculiares.

Agradeço a todos que estão ou estiveram ao meu lado nesse período tão intenso de minha vida!

Pense nas pessoas que, com ações generosas, nos indicam um caminho pleno de realizações, sem a necessidade de machucar ninguém, nem a si mesmas. Chamo essas pessoas de heróis de verdade!

Roberto Shinyashiki

Resumo

Seltenreich, LS. **Competências do enfermeiro na prática da preceptoria na residência multiprofissional em saúde**. Dissertação de Mestrado. Departamento de Enfermagem Universidade Estadual Paulista – UNESP Faculdade de Medicina Botucatu - São Paulo, 2017.

As competências do profissional enfermeiro são descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais e constituem o conhecimento em saúde, a tomada de decisão, o gerenciamento, a liderança, a comunicação e a educação, porém, a aquisição de competências e habilidades para o desenvolvimento de práticas relacionadas à educação na enfermagem não se completa com a formação, mas num processo permanente e contínuo da vida profissional. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi relacionar a prática do enfermeiro na preceptoria da residência multiprofissional em saúde com a sua compreensão das competências profissionais necessárias para atuar na área. Trata-se de um estudo de campo, descritivo e exploratório com abordagem metodológica mista, realizado em um Hospital Público de Ensino do Estado de São Paulo, Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição conforme CAAE 52511715.1.0000.5411. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com nove enfermeiros preceptores, predominantemente do sexo feminino, com idade média de 41 anos e doze anos de tempo médio de formação. Os dados obtidos foram classificados quanto à frequência de aparição e as entrevistas, categorizadas segundo a Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados quantificados evidenciaram o uso de competências que fortalecem as responsabilidades dos profissionais e dos estudantes; atenção à saúde que tem como foco o paciente; estímulo ao trabalho em equipe e uso da comunicação interpessoal para ancorar o aprendizado. Neste sentido, emergiram das falas dos participantes as seguintes possibilidades: incluir o residente nas ações cotidianas do trabalho, considerando-o um profissional em aperfeiçoamento, valorizar o aprendizado na prática reconhecendo que a construção das competências acontecem no decorrer do processo de trabalho do preceptor e do estudante e, considerar a comunicação efetiva como fundamental nas relações em equipe multiprofissional. Nas conclusões deste estudo tornou-se evidente a importância da realização de momentos de formação para preceptoria, enfatizando mecanismos que fomentem o debate consistente e estruturado da prática das competências profissionais, à luz das vivências de estudantes, preceptores, docentes e pesquisadores.

Descritores: Competência Profissional, Educação Baseada em Competências, Preceptoria.

Abstract

Seltenreich, LS. **Competence of nurses in the practice of the preceptorship in the Multiprofessional Residency in Health.** Master Dissertation. The Nursing Department of Paulista State University (UNESP Botucatu School of Medicine of Botucatu, São Paulo, 2017.

The skills of the professional nurse are described in the National Curricular Guidelines and constitute the knowledge in health, decision-making, management, leadership, communication and education; however, the acquisition of competences and skills for the development of practices related to education in nursing is not complete with training, but a permanent process and continuous working life. In this sense, the objective of this study was to relate the practice of nurses in the preceptorship of Multiprofessional Residency in Health with his understanding of professional skills necessary to operate in the area. It is a field, descriptive and exploratory study with mixed methodological approach, performed in a Public Teaching Hospital of the State of São Paulo, Brazil. The project was approved by the Research Ethics Committee of the institution as CAAE 52511715.1.0000.5411. The data collection was carried out through semi-structured interviews with nine nurses preceptors, predominantly female with an average age of 41 years old and 12 years of average time of training. The data obtained were classified according to the frequency of presence and the interviews, categorized according to Content Analysis of Bardin. The quantified results showed the use of competencies that strengthen the responsibilities of professionals and students; and health care that focuses on the patient; encouraging team work and the use of interpersonal communication to anchor the learning. In this sense, emerged from the speeches of the participants the following possibilities: to include the resident in the everyday actions of labor, considering it a professional in improving, enhancing the learning in practice recognizing that the construction of competences occur during the working process of the preceptor and student, and consider effective communication as fundamental in the relations in a multiprofessional team. The findings of this study it became evident the importance of moments of formation for preceptorship, emphasizing mechanisms that foster the ongoing debate and structured in the practice of professional skills, in the light of the experiences of students, preceptors, professors and researchers.

Descriptors: Professional Competence, Competence-Based Education, Preceptorship.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2.OBJETIVO.....	14
3.REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
3.1 Competências do Enfermeiro.....	14
3.1.1 Atenção à saúde.....	15
3.1.2 Tomada de decisão.....	16
3.1.3 Comunicação.....	16
3.1.4 Liderança.....	16
3.1.5 Administração e Gerenciamento.....	17
3.1.6 Educação.....	18
3.2 Preceptoria.....	19
3.3Residência Multiprofissional em Saúde.....	20
3.3.1Preceptoria na Residência Multiprofissional em Saúde.....	22
Quadro 1. Apresentação de domínios e competências para preceptoria....	23
Quadro 2. Consonância dos domínios com as competências.....	25
4. MÉTODO.....	26
4.1 Cenário do estudo.....	26
4.2 Participantes do estudo.....	26
4.2.1 Critérios de inclusão.....	27
4.3 Aspectos éticos	27
4.4 Procedimento de coleta de dados.....	27
4.5 Análise dos dados.....	28
5.RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	29
5.1 Caracterização dos participantes do estudo.....	29
5.2 Compreensão das competências para realizar a preceptoria.....	30
Gráfico 1. Competências da preceptoria.....	30
Quadro 3. Concordâncias com as competências da preceptoria.....	31
5.3Análise de conteúdo das entrevistas.....	32
Categoria 1: Incluir o residente nas ações cotidianas no trabalho, considerando-o como um profissional em aperfeiçoamento.....	32
Categoria 2: Valorizar o aprendizado na prática reconhecendo que a construção das competências acontecem no decorrer do processo de trabalho do preceptor e do estudante.....	37
Categoria 3: Considerar a comunicação efetiva como fundamental nas relações em equipe multiprofissional.....	45

6.CONCLUSÕES.....	50
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICES.....	59
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	60
APÊNDICE B QUESTIONÁRIO ADAPTADO PARA APLICABILIDADE DAS COMPETÊNCIAS NA PRECEPTORIA.....	62
APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	66

APRESENTAÇÃO

Desde quando cursava a graduação em Enfermagem pela Universidade Feevale no Rio Grande do Sul, apresentei inquietação por temáticas sobre aspectos meritocráticos da profissão e questões educacionais, nos quais elaborei meu trabalho de conclusão de curso. Assim, pude perceber que pouco se falava em sala de aula sobre as questões educacionais pertinentes a nós, enfermeiros. Falava-se sucintamente quando estávamos em práticas de nível básico de assistência, ou seja, quando estávamos diretamente envolvidos com práticas em unidades básicas de saúde, programa de saúde da família e afins. Pois nestes serviços, costuma-se trabalhar com a educação do paciente, porém, eu sentia falta de um conhecimento mais amplo relacionado às questões educacionais do enfermeiro no ambiente hospitalar, com as equipes, por exemplo.

Passado o período de graduação, mudei-me para São Paulo, em busca de mais conhecimento, momento em que pude cursar Residência em Enfermagem, na especificidade de Clínica Médico-Cirúrgica. Ao atuar como residente de enfermagem em uma instituição de saúde com investimento no ensino de especializações, pude perceber o desenvolvimento de alguns profissionais enfermeiros frente às questões de educação da equipe de trabalho e, pude acompanhar e ser acompanhada por esses profissionais, intitulados preceptores desta instituição.

A partir disso, surgiu a possibilidade de estudar e conhecer as competências necessárias ao profissional enfermeiro para o desenvolvimento das práticas educativas para a equipe de trabalho, o que desencadeou uma revisão integrativa no tema, como trabalho de conclusão do curso da residência.

Esses caminhos me levaram a participar da seleção para cursar o Mestrado Acadêmico na UNESP- Botucatu com o intuito de investir na continuidade e desenvolvimento desta problemática.

1.INTRODUÇÃO

O conceito de competência é bastante conhecido entre as profissões de saúde e, ainda que exista desde a idade média, na qual era considerado como a capacidade de apreciar e julgar certas questões ou analisar certos atos, foi nas três últimas décadas do milênio passado que o conceito competência apareceu como uma das ferramentas capazes de solucionar os problemas enfrentados pelas instituições, crescentes com os adventos da globalização^{1,2}.

A aquisição de competências e habilidades para o desenvolvimento de práticas relacionadas à educação não se completa com a formação, mas deverá ser um processo permanente e contínuo também na vida profissional, permitindo que os profissionais de saúde atuem de acordo com o contexto epidemiológico e com as necessidades apontadas pelos cenários de saúde, educação e trabalho, em sua área de atuação³.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais⁴ (DCN) do Curso de Graduação em Enfermagem aprovado pelo Conselho Nacional de Educação-Câmara de Educação Superior, por meio da Resolução CNE/CES 3/2001 e publicada no Diário Oficial da União/Brasília, em 9 de Novembro de 2001, Seção 1, p.37, direciona a reflexão sobre a necessidades de reestruturação curricular. A considerar que, neste momento histórico, os cursos de enfermagem do país passam por reflexões acerca dos seus Projetos Pedagógicos, torna-se necessário conhecer e compreender o documento sobre as DCN, como uma prévia para esta reestruturação⁵.

Dentre os vários pontos importantes das DCN, encontra-se o Art. 3º que diz respeito ao perfil do formando, egresso/profissional:

“Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano⁵.”

A formação do enfermeiro e sua articulação com o mercado de trabalho, no contexto da realidade brasileira, tem como marco o trabalho realizado na década de 1950, pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que deu origem ao relatório final do levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil. Entretanto, os discursos que acontecem no cotidiano escolar e nos serviços de saúde, que absorvem o profissional, enfatizam a dissociação da teoria e da prática, no sentido de uma possível desvinculação da formação teórica e da formação prática do enfermeiro ⁶.

Sabe-se que o profissional de saúde é formado com conhecimentos para atender às demandas assistenciais, gerenciais, educacionais, investigativas e políticas; porém, a forma como são aplicados estes conhecimentos é bastante variada. Nesse aspecto, um estudo aponta que a atuação do enfermeiro encontra-se diluída em vários vértices, estando às atividades dos profissionais em sua maioria, voltadas aos serviços administrativos, seguidas de serviços assistenciais e de sistema de informação e as atividades educacionais desenvolvidas em menor frequência ^{4,7}.

Apesar das atividades educativas serem desenvolvidas com menor frequência, a educação permanente em saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente ⁷.

Ainda no setor educacional da área de saúde, destaca-se a preceptoria, crescente na área da saúde, e sua prática vem sendo ampliada nas instituições, onde a formação de recursos humanos especializados se faz necessária ^{8,9}.

A preceptoria em enfermagem é uma prática desempenhada pelos enfermeiros dos distintos serviços de saúde do Brasil. Esta atividade é realizada em nível de graduação e pós-graduação, onde podemos intitular de preceptor àquele enfermeiro que acompanha, supervisiona, coordena, ensina e aprende com os alunos no cotidiano da assistência à saúde de indivíduos, grupos e comunidade ¹⁰.

O preceptor pode atuar, ainda, na Residência Multiprofissional em saúde, que é uma modalidade de pós-graduação com o objetivo de fornecer qualificação *lato sensu*. Neste modelo de educação, o residente perpassa seu período de aprendizado em diversos setores de uma unidade de saúde, sob supervisão direta

de um profissional, que necessita ser dotado de algumas competências para tal prática ^{11,12}.

Com a crescente introdução de especializações na modalidade residência na área da saúde e, com isso, a necessidade de preceptores para a formação destes profissionais, propusemo-nos investigar como acontece a prática das competências profissionais dos enfermeiros atuando como preceptores da residência multiprofissional em saúde, a partir da questão: Como o enfermeiro compreende as competências profissionais e as utiliza na prática da preceptoría?

O desenvolvimento desta pesquisa tem como finalidade atrelar os conhecimentos das competências profissionais com o papel formador do preceptor da RMS, bem como ampliar os estudos nesta temática.

2.OBJETIVO

Relacionar a prática do enfermeiro na preceptoría da residência multiprofissional em saúde com a sua compreensão das competências profissionais necessárias para atuar na área.

3.REFERENCIAL TEÓRICO

Para abordar a temática, nos propomos primeiramente, discorrer sobre o que a literatura apresenta sobre as competências do profissional enfermeiro e os aspectos relativos à preceptoría e à residência multiprofissional em saúde.

3.1 Competências do enfermeiro

A evolução do conceito de competência ocorre em três dimensões distintas: conhecimentos, habilidades e atitudes, onde são englobados os aspectos cognitivos, técnicos, sociais e afetivos presentes em uma atividade laboral, mostrando que competência tem a ver com o conjunto de conhecimentos ².

Conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais⁴, para exercer a profissão de Enfermagem, o enfermeiro deve desenvolver as seguintes competências gerais dos profissionais de saúde: a atenção à saúde, a tomada de decisão, a comunicação, a liderança, a administração, gerenciamento e a educação permanente. Para compreender melhor as competências apontadas pelas DCN para a área da saúde, as mesmas serão descritas sucintamente a seguir^{3,4,12}.

3.1.1 Atenção à saúde

No que diz respeito à atenção à saúde, sabe-se que os profissionais de saúde devem estar aptos a assegurar o tratamento de forma holística à toda população, no nível individual e coletivo, desenvolvendo as ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, onde o serviço de saúde deve ser realizado de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde¹³.

Para tanto, o profissional enfermeiro deve desenvolver competências apoiadas em uma base sólida de conhecimentos associados à aquisição de habilidades, que permitam identificar e acessar informações determinantes para a atenção à saúde, com padrões de qualidade reconhecidos, para a fundamentação de suas atitudes, assegurando a integração e continuidade em todas as instâncias do cuidado^{3,13}.

Hoje, a atenção a saúde já utiliza a perspectiva ampliada do cuidado à saúde, que se refere à atuação profissional e concepções de saúde remetidas ao reconhecimento da necessidade de um elenco variado de profissionais, de modo a contemplar as múltiplas dimensões presentes nas necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidade. Assim, a complexidade das necessidades de saúde e da organização dos serviços aponta para a tendência crescente de substituição da atuação isolada e independente dos profissionais pelo trabalho em equipe, colaboração interprofissional e a prática interprofissional colaborativa¹⁴.

3.1.2 Tomada de decisão

A tomada de decisão é a competência mais almejada pelo profissional enfermeiro, de acordo com as DCN, pois associam-se a 'tomada de iniciativa' e o 'assumir responsabilidades' diante das situações de trabalho com as quais se depara, tendo a responsabilidade e iniciativa de modificar algo que existe quando necessário, e aplicar suas ideias e estratégias, visando sempre à melhoria do serviço prestado ¹⁵.

3.1.3 Comunicação

A comunicação é importante para a melhora dos serviços prestados e para o crescimento como ser humano, uma vez que faz parte das construções das relações. Esta compreensão nos leva a buscar maiores entendimentos sobre conceitos, princípios e habilidades a serem adquiridas no processo comunicativo ³.

Os profissionais de saúde, conforme as DCN, deverão ser acessíveis e confiáveis na interação com outros profissionais de saúde e com o público em geral. O enfermeiro precisa ter habilidades para ouvir outras pessoas, percebendo a comunicação não verbal, validando a compreensão de mensagens, quebrando barreiras de comunicação, demonstrando afetividade e desenvolvendo o autoconhecimento ¹⁶.

3.1.4 Liderança

O termo 'liderança' pode ser definido como um processo grupal, no qual ocorre uma influência direcionada à realização de um objetivo, sendo um conjunto de práticas observáveis e passíveis de aprendizado. Ser líder envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e administração ¹⁷.

Um líder pode desenvolver a liderança de três formas: a liderança autocrática ou autoritária, a liberal e a democrática, dependendo do indivíduo que lidera e do que se entende por liderança. Espera-se sempre que o líder não administre apenas

peças, orçamentos e tempo voltados à eficácia do desempenho de suas necessidades e aspirações, e, sim, que use a compreensão, a persuasão, o respeito e a comunicação como forma de conquista. E nesse contexto, a comunicação é um importante instrumento, pois, através dela, ocorre a interpretação da realidade, definição de prioridades, estabelecimento de regras e, sobretudo, a influência sobre as outras pessoas ¹⁷.

3.1.5 Administração e gerenciamento

Sobre administração e gerenciamento, podemos dizer que a palavra gerência é de origem latina, *gerere*, que significa o ato de gerir, administrar. A gerência como instrumento do processo de trabalho na instituição de serviços de saúde implica na tomada de decisões que afetam a estrutura, o processo de produção e o produto final de um sistema, de modo a viabilizar meios para a prestação da assistência à clientela com eficiência, eficácia e efetividade ³.

Para o desenvolvimento da competência de administrar e gerenciar, considera-se indispensável o conjunto de conhecimentos identificados para planejar, tomar decisões, interagir e gerir pessoas. Assim, nas DCN, com ênfase nas funções administrativas, destacam-se o planejamento, organização, coordenação, direção e controle dos serviços e saúde, além dos conhecimentos específicos da área social/econômica que permitem ao gerente acionar dados e informações do contexto macro e micro institucional e analisá-los de modo a subsidiar a gestão de recursos humanos, materiais, físicos e financeiros ¹³.

Ainda, o grande compromisso e desafio de quem gerencia questões envolvidas no cuidado humano é valorizar e habilitar-se para utilizar as relações como uma tecnologia, no sentido de edificar um cotidiano, por intermédio da construção mútua entre os sujeitos e, através destas mesmas relações, sustentar a satisfação das necessidades dos indivíduos e valorizar colaboradores e usuários como potentes para intervirem no trabalho vivo em ato-espaco de concretização do cuidado. Portanto, são necessários processos gerenciais que incorporem conhecimentos, atitudes e ações tanto da ordem do racional como do sensível, assim como o entrelaçamento e a aproximação entre o cuidar e o gerenciar ^{13,17}

3.1.6 Educação

A educação é um processo que dispõe aos sujeitos de uma sociedade entre o conhecimento, experiências culturais, científicas, morais e adaptativas, que os tornam aptos a atuarem no meio social, mundial e planetário, ou seja, ela depende da união dos saberes, que podem ser estabelecidos por meio de uma análise das necessidades reais de determinada população. A educação é uma atividade humana necessária à existência e ao funcionamento de toda sociedade, sendo um fenômeno social e universal ¹⁸.

Habilidades e competências não se adquirem somente com a formação inicial, mas por meio de um processo contínuo e permanente. Mediante a isso, é preciso desencadear processos de capacitação de colaboradores da enfermagem, promover efetivas oportunidades de ensino, fundamentadas na conscientização do valor da educação como meio de crescimento dos profissionais da enfermagem, bem como o reconhecimento deles pela função educativa no desenvolvimento do processo de trabalho, pois para estes o conhecimento é um valor necessário do agir cotidiano e embasa as suas ações ^{3,18}.

Compreendendo as competências gerais do profissional enfermeiro, entende-se que a noção de competência tem aparecido nos últimos anos como uma forma de repensar as interações entre, de um lado, as pessoas e seus saberes, conhecimentos e capacidades e, do outro, as instituições e suas demandas no campo de processos de trabalho essenciais e processos relacionais (clientes, fornecedores e colaboradores), os quais sofrem profundas modificações qualitativas ².

Para atender às demandas na área da saúde, há que se levar em consideração que o indivíduo deve ser assistido holisticamente, e não apenas como um ser biológico. Vale ressaltar que, no trabalho em saúde/enfermagem, o cuidado é produzido e consumido no ato de sua produção, o que torna o profissional enfermeiro um potencial detentor das competências para o resultado positivo do cuidado final ³.

O trabalho no âmbito enfermagem é dividido em diversos processos, como o cuidar/assistir, administrar/gerenciar e pesquisar/ensinar. Porém, dentre estes, nota-se que o profissional enfermeiro dedica-se mais ao cuidar e ao gerenciar. No

desempenho de suas competências gerenciais, ele também é importante agente na formação de recursos humanos e desta forma, precisa ampliar a avaliação e composição quantitativa e qualitativa da sua equipe de trabalho de acordo com sua clientela. Assim, necessita desenvolver as questões de ensino para que seja possível a realização do cuidado com melhor qualidade ¹⁹

3.2 Preceptoría

O termo preceptoría tem sido utilizado com distintos significados, mas, de um modo geral, refere-se ao exercício sistemático de acompanhamento, orientação e avaliação do profissional na educação em serviço ^{20,21}.

A palavra preceptor vem do latim *praecepio*, “mandar com império aos que lhes são inferiores”. Era aplicada aos mestres das ordens militares, mas, desde o século XVI (já aparece com este sentido em 1540), é usada para designar aquele que dá preceitos ou instruções, educador, mentor ou instrutor. Na literatura médica, preceptoría entende-se pelo ato de orientação, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que melhorem a competência clínica e ajudem o graduando ou recém-graduado a se adaptar ao exercício da profissão. Para que o profissional possa oferecer um cuidado de qualidade à saúde, cabe ao preceptor, no ato da realização de preceptoría, criar condições necessárias para que as ações sejam implementadas de maneira satisfatória durante o processo de formação ²⁰.

Ainda, a palavra preceptoría “prebenda (ocupação rendosa e de pouco trabalho) dada a lentes e magistrados” nomina a atividade desempenhada pelo preceptor como preceptorado. Entretanto, apesar de ainda não constar no dicionário, prefere-se utilizar a primeira (preceptoría) para designar tal atividade, por ser a palavra consagrada no meio médico e que aparece até mesmo em legislações, podendo assim ser entendida como expressão de um conceito, que comumente está relacionado ao processo de educação na área da saúde ^{20,21}.

O Ministério da Saúde concebe a preceptoría da seguinte maneira:

“Função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais da saúde com

curso de graduação e no mínimo três anos de experiência em área de aperfeiçoamento ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização ou residência, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, respectivamente em aperfeiçoamento, ou especialização ou em estágio ou em vivência de graduação ou extensão”²² p.2

A preceptoria é uma modalidade de ensino que vem se destacando no cenário da formação de recursos humanos em saúde no Brasil. A ideia é que profissionais da saúde recebam, dentro do seu contexto de trabalho, estudantes de diversos programas educacionais, sejam eles de graduação ou pós-graduação ¹.

3.3 Residência Multiprofissional em Saúde

A residência em saúde é uma modalidade de especialização *lato sensu*. A área médica foi pioneira na oferta deste tipo de especialização, direcionada ao aperfeiçoamento profissional da prática em serviço. A primeira residência surgiu nos Estados Unidos da América, no ano de 1879 e no Brasil, somente em 1945, na Universidade de São Paulo (USP), inicialmente denominada de internato. Esta modalidade de ensino foi regulamentada no país em cinco de setembro de 1977, por meio do decreto presidencial nº 80.281, criando a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ^{23,24}.

No Brasil, o bom funcionamento da Residência Médica serviu de modelo para expandir-se em outras áreas da saúde, surgindo a Residência em Enfermagem em 1961, implementada pelo Hospital Infantil do Morumbi, na cidade de São Paulo, com o objetivo de aperfeiçoar a Enfermagem Pediátrica através de atividades práticas e teóricas. Em 1973, iniciou-se o segundo curso de especialização nos moldes de Residência em Enfermagem, formando enfermeiros especialistas na área médico-cirúrgico pelo Hospital Escola da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia ^{23,25}.

A Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul implantou, em 1976, a primeira Residência em Medicina Comunitária, denominada São José do Murialdo, transformando-se em residência multiprofissional em 1978, pioneira deste tipo de especialização no país. Esta primeira experiência inovadora no âmbito das

residências uniu mais de uma categoria profissional da saúde trabalhando no mesmo foco de atuação^{23,26}.

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) foram introduzidas e regulamentadas pela promulgação da lei n. 11.129, de 30 de julho de 2005. Trata-se de uma modalidade de pós-graduação classificada como *latu sensu*, voltada para a educação em serviço, destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde²⁷.

Esta modalidade de formação de profissionais da área da saúde é resultado da união de esforços entre os Ministérios de Educação e Cultura e o Ministério da Saúde com vistas a criar estratégias de formar profissionais aptos e comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS), na busca de integralidade. Apoiadas no treinamento em serviços, as RMS têm como prioridade formar profissionais de acordo com as necessidades locais, isto é, habilidades específicas de acordo com a carência regional²⁸.

O trabalhador da saúde é o maior recurso que o SUS necessita para garantir o cuidado à saúde. Criar espaços de formação de profissionais de saúde que possam direcionar práticas adequadas com os princípios do SUS torna-se uma grande necessidade. Com isso, compreende-se a Residência Multiprofissional em Saúde como espaço privilegiado de construção de novos saberes e articulação de diferentes classes profissionais, bem como espaços de profissionais comprometidos com o SUS. A RMS configura-se com uma prática contra-hegemônica e que permite vivenciar novas tecnologias no cuidado, buscando desassociar antigas práticas de saúde²⁹.

Assim, as RMS são um programa de cooperação intersetorial, favorecendo a inserção qualificada dos jovens profissionais no mercado de trabalho, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS a partir das necessidades e realidades locais e regionais²⁹.

Caracterizadas pelo ensino e formação em serviço, as RMS têm como objetivo promover a especialização de profissionais da saúde na promoção de atributos que possibilitem o exercício profissional com excelência nas áreas de cuidado integral à saúde, envolvendo as pessoas e as comunidades, da gestão e organização do trabalho e da educação na saúde, visando à melhoria da qualidade

de vida. Os programas foram estabelecidos com duração mínima de dois anos, carga horária total de 5760 horas, tendo 80% da carga horária de atividades práticas e 20% de atividades teóricas ou teórico-práticas, 60 horas semanais, priorizando as atividades em Atenção Primária à Saúde e Hospitalares ^{22,30}.

3.3.1 Preceptoria na Residência Multiprofissional em Saúde

O papel da preceptoria dentre as atribuições do enfermeiro, que possui, junto a suas competências, as questões educacionais, é complexo e multifacetado. Muitos identificam a preceptoria como a chave para a aprendizagem na prática clínica; no entanto, preceptores, muitas vezes, se sentem despreparados para atuarem nesta função devido a várias condições enfrentadas nas instituições de ensino e saúde ³¹.

São identificados vários fatores que interferem na preceptoria, incluindo a falta de tempo específico para a prática e a pesada carga de trabalho dos preceptores, pobre correlação entre teoria e prática e falta de interesse na assistência direta ao paciente pelos alunos. Alguns profissionais que exercem a preceptoria, apontam, também, algumas condições que facilitam a execução da mesma, como o compromisso dos alunos para direcionar o atendimento ao paciente e troca consistente de conhecimento com o preceptor atribuído durante toda a prática clínica. Estas questões podem ajudar os preceptores a reconhecerem as áreas de sucesso, bem como as áreas que precisam ser melhoradas ³².

Um fato bem conhecido é que, na clínica, os alunos são supervisionados por preceptores, e esta questão é parte importante do ensino nas RMS, visto que 80% das atividades nessa modalidade são práticas. Alguns estudos têm enfatizado que os preceptores têm papel vital para o desenvolvimento da competência clínica dos estudantes e profissionais iniciantes. Apesar disso, algumas condições são necessárias para tal prática, e as mesmas serão discutidas a partir de um ponto de vista teórico para explicar e ilustrar a complexidade da preceptoria ³³.

Para que o enfermeiro assuma a responsabilidade pela educação permanente em saúde, ele deve ser estimulado desde seu curso de graduação, mediante a interlocução com problemas enfrentados na realidade, conquistado com mudanças de atitudes, decorrente das experiências vividas, por meio da relação com os outros,

com o meio, com o trabalho. Desta forma, a graduação torna-se apenas o início do aprendizado, que deverá ser desenvolvido ao longo da vida, a fim de obter uma transformação pessoal, profissional e social, além de uma aprendizagem mais significativa ³⁴.

Em um estudo sobre competência profissional¹, estabeleceram-se as necessárias para a prática da preceptoria pelo enfermeiro, compondo nove áreas de domínio principais e 43 competências específicas necessárias para a prática da preceptoria, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Apresentação de domínios e competências para preceptoria, segundo Rodrigues e Witt ¹

Domínio	Competências
1. Educacional	<ul style="list-style-type: none"> • Proporciona ao estudante os conhecimentos e experiências necessárias à sua formação profissional • Reconhece oportunidades de aprendizado para o estudante • Estimula o estudante ao exercício da problematização, identificando um problema e buscando soluções práticas e viáveis • Auxilia o estudante na construção de estratégias de ação • Articula teoria e prática, enfatizando a dinâmica, a diversidade e a singularidade das situações do campo. • Acompanha o estudante para que tenha segurança em suas condutas, visando à tomada de decisão. • Avalia o profissional em formação, repensando a dinâmica adotada e propondo novas intervenções. • Identifica-se com a atividade educativa
2. Valores profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalha com motivação a fim de desenvolver novas perspectivas junto aos estudantes • Compromete-se com as propostas de formação desenvolvidas no serviço • Colabora para a integração docente-assistencial • Conhece suas atribuições profissionais, orientando o estudante quanto a elas. • Atua profissionalmente, reconhecendo-se como modelo para o estudante. • Conduz sua atividade com ética • Demanda do estudante a responsabilidade pela atenção à

	<p>saúde, tendo o usuário como foco.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentiva no estudante o comprometimento com a equipe de saúde, o serviço e o SUS. • Identifica-se com o trabalho em saúde coletiva
3. Em ciências básicas da saúde pública	<ul style="list-style-type: none"> • Compreende as políticas de saúde e a lógica de atenção da Estratégia da Saúde da Família • Compreende o SUS e aplica seus princípios • Situa o estudante com o SUS • Demonstra capacidade técnica para orientar o estudante • Instiga o estudante à reflexão para o desenvolvimento do pensamento crítico
4. Gerência	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisiona e organiza o serviço para o bom desenvolvimento do trabalho • Insere o estudante no campo de estágio • Exerce liderança junto à equipe de trabalho para o desenvolvimento de atividades da unidade e na comunidade • Articula as atividades assistenciais com as de preceptoria • Percebe as demandas institucionais do serviço de saúde e ajuda o estudante à compreende-las.
5. Atenção à saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza acolhimento, priorizando o atendimento. • Realiza atendimento humanizado, adequando sua conduta à realidade do usuário. • Realiza consulta profissional, buscando resolubilidade na atenção à saúde. • Requer do usuário o comprometimento com a promoção de sua saúde
6. Trabalho em equipe	<ul style="list-style-type: none"> • É capaz de interagir com os estudantes e preceptores de outros cursos, desenvolvendo atividades conjuntas e complementares. • Estimula o estudante para o trabalho em equipe multiprofissional • Demonstra flexibilidade em suas condutas
7. Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • Comunica disponibilidade para atender o estudante • Escuta, acolhe e apoia o estudante, proporcionando espaço para suas manifestações, buscando transforma-las em alternativas • Utiliza-se da comunicação de maneira a permitir a aprendizagem

8. Orienta à comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Conhece a comunidade onde atua e orienta o estudante sobre os problemas e necessidade da população • Utiliza-se do vínculo com a comunidade para gerar compromissos com sua saúde • Reconhece o potencial da intersetorialidade na resolução de problemas e para o desenvolvimento de atividades junto à comunidade
9. Desenvolvimento profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Busca capacitação em sua área de atuação • Reconhece o tempo de experiência profissional como recurso importante na condução da preceptoria

Fonte: Rodrigues CDS, Witt RR, 2013.

Em nossa investigação foi utilizada como base referencial principal, as competências gerais dos profissionais de saúde, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais⁴: sendo atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente, acrescido do quadro de domínios e competências de acordo com Rodrigues e Witt ¹, e a partir deste demonstramos no quadro abaixo, os domínios apresentados pelas autoras e a consonância destes com competências estabelecidas pelas DCN ⁴.

Quadro 2. Consonância dos domínios com as competências

Competências do enfermeiro estabelecidas pelas DCN ⁴	Domínios apresentados no estudo de Rodrigues e Witt ¹
1) Atenção à saúde	1- Atenção à saúde 2- Ciências básicas da saúde
2) Tomada de decisão	3- Orienta a comunidade
3) Comunicação	4- Comunicação
4) Liderança	5- Valores profissionais
5) Administração e Gestão	6- Gerência 7- Trabalho em equipe
6) Educação	8- Educacional 9- Desenvolvimento profissional

4.MÉTODO

Para o presente estudo, realizamos uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória com abordagem metodológica qualitativa.

Nesta pesquisa, existem dados quantitativos, que foram extraídos meio de procedimento estruturado, onde verificamos a concordância e/ou discordância com competências da preceptoria pelo enfermeiro. Estes dados foram analisados juntamente com a vertente qualitativa, e a partir daí, descrevemos a relação da prática da preceptoria com a compreensão das competências pelos preceptores da RMS³⁵.

4.1 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em um serviço de saúde público do Estado de São Paulo, Brasil, cenário para as práticas de cursos de graduação e especialização da área da saúde. O local possui 441 leitos operacionais gerais e de especialidades, do Sistema Único de Saúde (SUS) e convênios. Atende aos encaminhamentos ambulatoriais dos municípios da região de saúde e casos que exijam maior resolubilidade ou maior complexidade.

4.2 Participantes do estudo

A seleção dos participantes da pesquisa ocorreu de forma intencional. Segundo Prodanov e Freitas ³⁶, as amostras intencionais ou de seleção racional constituem-se em um tipo de amostragem não-probabilística e consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população. A principal vantagem da amostragem por tipicidade está nos baixos custos de sua seleção, entretanto, requer considerável conhecimento da população e do subgrupo selecionado. Deste modo, foram convidados a participar deste estudo nove profissionais enfermeiros da instituição, ou seja, a totalidade dos preceptores enfermeiros da residência multiprofissional em saúde.

Minayo³⁷ afirma que “em numa busca qualitativa, é preciso preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e a abrangência da

compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação”.

4.2.1 Critérios de inclusão

Para inclusão no estudo, definiu-se que o participante deveria ser enfermeiro e atuar como preceptor na RMS da instituição.

4.3 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e aprovado pelo CAAE 52511715.1.0000.5411, e, somente após a aprovação, iniciou-se a coleta de dados para o estudo.

A pesquisa seguiu os critérios e princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde ³⁸.

Para realizar este estudo, os participantes receberam esclarecimentos sobre a finalidade da pesquisa. Além disso, foram informados de que os dados coletados seriam utilizados para um estudo científico, podendo haver a publicação dos mesmos; que a participação seria de caráter voluntário, não havendo nenhum bônus financeiro, e, ainda, que o seu anonimato seria garantido, além da possibilidade de desistirem da participação a qualquer momento, sem qualquer espécie de prejuízo. Estas informações foram fornecidas por meio de um termo de consentimento que foi assinado e entregue aos participantes.

No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) foi mantida em sigilo a identidade de todos os participantes e da instituição. Os participantes receberam uma letra e uma ordem numérica, sendo EP1, para o primeiro enfermeiro preceptor participante e assim sucessivamente.

Foi solicitada uma autorização prévia para realizar a gravação das entrevistas, posteriormente transcritas na íntegra. A contrapartida da pesquisa para a instituição e participantes será a apresentação e publicação da pesquisa com os resultados obtidos. Acredita-se, dessa forma, contribuir com o processo de ensino-aprendizagem em preceptoria desenvolvido na instituição.

4.4 Procedimento de coleta de dados

Antes do encontro presencial, houve um primeiro contato telefônico para agendar data e local da coleta das informações. Em dia, horário e local agendado com os participantes, houve a retomada dos objetivos da pesquisa e de que forma seriam coletadas as informações. Neste momento, foi entregue o TCLE para assinatura, ficando uma via com o participante e a outra, com o pesquisador.

Os dados foram coletados em sala privativa da instituição, no mesmo momento e em duas etapas. A primeira etapa foi a aplicação de questionário elaborado como Escala Likert³⁹, de aplicabilidade das competências profissionais, adaptado do estudo de Rodrigues e Witt¹, composto de 43 competências necessárias para a preceptoria. (APÊNDICE B).

A Escala Likert³⁹ é um instrumento utilizado comumente para medir atitudes com questionamentos aos participantes, mensurando se estão de acordo ou desacordo com dada afirmativa³⁹.

A segunda etapa foi a realização de uma entrevista individual com duração média de 16 minutos cada. Neste momento, foi utilizado um roteiro semiestruturado, composto por duas partes, sendo a primeira relacionada à caracterização dos participantes e a segunda, composta por duas questões norteadoras. (APÊNDICE C).

A coleta das informações foi realizada nos meses de março e abril de 2016, pela própria pesquisadora, e as entrevistas foram gravadas e transcritas; sendo que após a conclusão do estudo e publicação, serão destruídas.

4.5 Análise dos dados

A análise dos dados é a fase analítica e descritiva, quando se prevê a interpretação e a análise das informações, as quais foram organizadas em etapas anteriores. Ela deve ser feita a fim de atender aos objetivos da pesquisa e para comparar e confrontar dados e provas com o objetivo³⁶.

Neste estudo foi utilizada a Análise de Conteúdo segundo Bardin⁴⁰, com recorte de ordem semântica, considerando-se a frequência da aparição de determinado elemento da mensagem ou palavra, a presença ou não de temas

relacionados ao objeto de estudo e o sentido que exprime as frases, com o objetivo de compreender a percepção individual de um grupo de enfermeiros sobre a temática proposta. A Análise de Conteúdo se define como “toda técnica para fazer inferências ao identificar objetiva e sistematicamente características específicas das mensagens”⁴⁰.

Bardin⁴⁰ a descreve como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistêmicos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Nessa direção, este conceito não é suficiente para definir a especificidade da análise de conteúdo; pois “a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou, eventualmente de recepção, inferência esta que recorre a indicadores quantitativos ou não”⁴⁰.

Basicamente, a análise de dados de um estudo qualitativo divide-se em três etapas. A primeira é a pré-análise, quando é feita a escolha dos documentos, a transcrição das entrevistas na íntegra e os recortes do texto. A segunda é a exploração do material, considerado o período mais longo, pois há a etapa da codificação e o momento em que o texto recebe recortes em unidades de contexto e registro, que se chama de fase de categorização. A terceira é a etapa da interpretação dos resultados, quando os dados e as informações analisadas são transmitidos em forma de raciocínio na redação de texto científico. Nessa fase, com dados significativos e fiéis, pode-se propor inferências e adiantar interpretação a propósito do objetivo previsto ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas, confrontando os resultados obtidos com o referencial de análise⁴⁰.

Na análise quantitativa do instrumento estruturado aplicado, considerou-se a estatística descritiva com utilização da frequência de ocorrência, ou seja, a resposta mais frequente que aparecer a partir da aplicação de questionário do tipo Likert,^{32,41}.

5.RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos participantes do estudo

Todos os convidados aceitaram participar deste estudo; deste modo, os participantes foram nove enfermeiros, preceptores da RMS da instituição.

No que se refere ao sexo, observou-se uma predominância do sexo feminino, totalizando oito, dos nove participantes. A idade dos participantes variou entre 33 e 51 anos, com uma média de 41,5 anos.

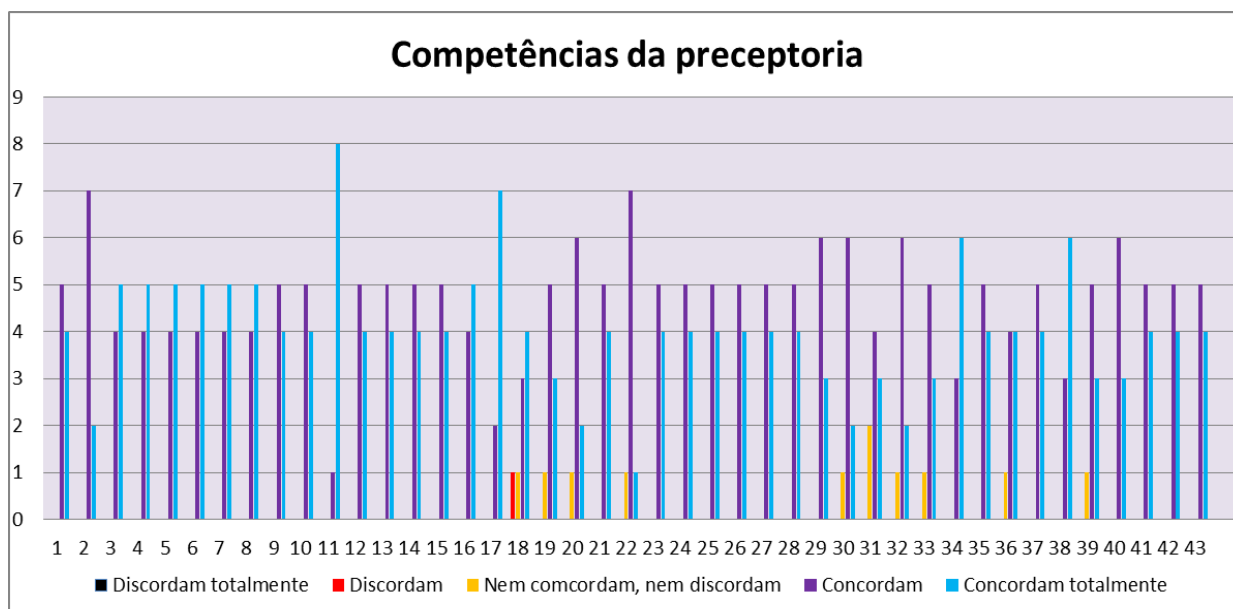
O tempo de formação variou entre cinco e 30 anos, com média de 16 anos. O tempo de atuação na instituição variou de três a 25 anos, com média de 12 anos. Já o tempo de atuação na área atual foi menor, com variação entre um e 19 anos, com média de cinco anos.

Observou-se que, dentre os participantes do estudo, sete possuem especialização, com média de três cursos cada e quatro participantes têm título de Mestre e um possui o título de Doutor.

5.2 Compreensão das competências para realizar a preceptoria

Apresentamos no gráfico a seguir as respostas dos participantes ao questionário no modelo de Escala Likert³⁴, contendo a adaptação das 43 competências da preceptoria no Brasil¹

Gráfico 1. Competências da Preceptoria



A coluna ordenada de 0 à 9, representa o número de participantes do estudo. O intervalo numérico de 1 a 43, corresponde às 43 competências descritas no questionário aplicado.

Observa-se um maior quantitativo de concordância de respostas na questão 11, onde oito entrevistados concordam totalmente com a competência em questão. Na sequência, está a afirmativa 17, onde sete participantes concordam totalmente com a afirmativa. Seguindo, sete participantes concordaram com as afirmativas dois e 22. Observou-se que dois entrevistados não concordam, nem discordam, da competência 31. Ainda, tivemos um participante que discordou da afirmativa 18.

Quadro 3. Concordâncias com as competências da preceptoria

Concordo Totalmente		Concordo	
Oito Preceptores	11) Conheço minhas atribuições profissionais, orientando os estudantes quanto a elas		
Sete Preceptores	17) Demando do estudante a responsabilidade pela atenção à saúde, tendo o paciente usuário como foco	Sete Preceptores	2) Proporciono ao estudante conhecimento e experiências necessárias à sua formação profissional 22) Compreendo as políticas de saúde
Seis Preceptores	34) Estimulo o estudante para o trabalho em equipe multiprofissional 38) Utilizo da comunicação como maneira de permitir o aprendizado	Seis Preceptores	20) Situo o estudante com o SUS 29) Realizo acolhimento, priorizando o atendimento 30) Realizo atendimento humanizado, adequando a minha conduta à satisfação do usuário 32) Solicito do usuário o comprometimento com a promoção da sua saúde 40) Utilizo do vínculo com o usuário para gerar compromisso com a sua saúde

5.3 Análise de conteúdo das entrevistas

Das questões norteadoras do estudo: fale-me do seu dia-a-dia como preceptor da residência multiprofissional em saúde e, considerando as competências do enfermeiro (tomada de decisão, liderança, comunicação, administração, atenção à saúde e educação), comente sobre a aplicação destas competências no seu dia-a-dia na preceptoria com os residentes, emergiram 3 categorias organizadas e estruturadas, seguindo a análise temática dos conteúdos.

Categoria 1: Incluir o residente nas ações cotidianas do trabalho, considerando-o um profissional em aperfeiçoamento.

O ambiente de trabalho em saúde é considerado insalubre e desgastante, visto os problemas e conflitos diários com as equipes, pacientes, familiares e estudantes, que por sua vez estão inseridos em um contexto de aprendizado em que muitas vezes é necessário realizar o enfrentamento de situações complexas⁴².

Em especial, a enfermagem insere-se em um contexto que implica em mudanças cada vez mais constantes, pois são novas técnicas, conhecimentos, leis, mudanças sociais, dentre outros, que surgem a cada dia, em que os profissionais necessitam ter um espaço para refletir sobre suas ações. Desta forma, torna-se indispensável que o enfermeiro disponha de conhecimentos e habilidades pedagógicas para desenvolver ações de educação em saúde, com a equipe, paciente, família e estudantes⁴³.

Anualmente, instituições de saúde realizam processos seletivos e, posteriormente, preparativos para recepção de alunos residentes. Com tal propósito, enfermeiros preceptores envolvidos nos programas de residência, reúnem-se e, juntos, planejam e avaliam experiências, sinalizando o que é positivo e negativo e elaboram uma programação para os futuros residentes⁴⁴.

Durante muitos anos, características do repertório pessoal do estudante foram focalizadas em estudos como aspectos centrais na adaptação/integração ao ambiente. De fato, autores destacam que a qualidade da adaptação depende, parcialmente, da apresentação de habilidades sociais, capacidade de

enfrentamento, expectativas positivas quanto ao curso e à instituição, história de vida, construção de identidade e tomada de decisões acerca da carreira⁴⁵. A chegada de um novo estudante ou membro da equipe exige, de quem irá fazer esta recepção, certo preparo e um olhar diferenciado, tentando compreender o outro, como nesta citação:

“...quando eles chegam, a primeira coisa é estabelecer um bom convívio, para que eles se sintam participantes de tudo que a gente faz...A gente faz as visitas, eles passam acompanhados na primeira vez, a gente passa junto, eu vou junto... Depois quando eles já estão acostumados, a gente começa a falar de cada paciente...” EP7

A recepção de um profissional de saúde deve ser realizada de maneira que ele sinta-se acolhido, uma vez que as condições de trabalho nos ambientes hospitalares causam desgaste e estresse. As atividades que serão desenvolvidas pelos estudantes não podem ser prejudicadas por um curto processo de ambientação antecedente ⁴⁶.

“Quando eles chegam, eu mostro o setor. Mostro a equipe e tento mostrar a todos quem ele é. Para os técnicos que ficam mais tempo, é mais fácil...” EP8

No que se refere à esta ‘chegada’ de estudantes, quatro áreas merecem atenção: introdução ou admissão ao trabalho, treinamento, atualização e desenvolvimento. Em qualquer uma destas áreas, os projetos de ensino devem ter como objetivo o atendimento das necessidades dos participantes da instituição e dos pacientes. Para minimizar os riscos, algumas instituições de conseguem realizar programas de treinamentos na recepção de profissionais e estudantes, com o objetivo de facilitar a adaptação às normas, rotinas, procedimentos e protocolos institucionais, padronizando, assim, a forma de prestação da assistência ⁴⁷.

“No dia-a-dia do desenvolvimento do trabalho, a gente pode falar da recepção desse residente, quando ele chega. Mostrar

pra ele a instituição, a estrutura física, apresentar a pessoas, a equipe, tanto a equipe, quanto a equipe multiprofissional...A gente chama as pessoas, demonstra, conversa, explica os procedimentos, para que depois ela possa se sentir segura para desenvolver todas as atividades.” EP5

Após o processo de recepção, para que os estudantes possam compreender as especificidades da instituição, bem como as rotinas e protocolo por ela preconizados. É importante que tudo seja apresentado, pois, assim, além de informações claras do funcionamento institucional, isso pode refletir em uma elevação da qualidade da assistência que estes estudantes oferecerão aos pacientes ⁴⁸.

“Quando eles chegam, a gente já tem o mapa do que eles vão fazer na semana. Então tentamos dividir os dias da semana em atividades assistenciais e administrativas”. “Todos os dias nós passamos visitas, todos os dias colhemos indicadores, isso eles já sabem, porque a gente já deixa acertado na hora que eles chegam” EP1

“Nas atividades laborais com os profissionais, eu faço de forma que eu consiga inserir o residente na totalidade do desempenho das funções...” EP4

As ações cotidianas de trabalho são construídas através de um processo articulado e pensado em conjunto para que se permita alcançar melhor os resultados visados, com base no enriquecimento trazido pela interação dinâmica de vários saberes específicos e vários processos cognitivos. Para que o trabalho ocorra de uma maneira apropriada sem existir desigualdade, é necessário que haja a articulação entre os integrantes da equipe, incluindo alunos e professores ⁴⁹.

Esta consideração fica clara com as narrativa do preceptor em relação às ações desenvolvidas diariamente com os estudantes:

“Eu recebo os alunos aqui né, daí a gente tem uma agenda de enfermagem, onde os alunos atuam fazendo as consultas... A gente atende os casos... faz uma triagem e são escolhidos

casos novos, que chegam no serviço pela primeira vez, mas já com vários diagnósticos.” EP3

Durante a prática clínica, os preceptores desempenham um importante papel formador para que os estudantes se tornem profissionais seguros e eficazes. Ao preceptor é concebida a função caracterizada por proporcionar experiências e noções individuais para serem aplicadas em situações coletivas ⁵⁰.

“...os alunos estão o tempo todo junto da gente. Então assim, qualquer coisa que acontece em qualquer setor, a gente que é chamada. E aí o aluno tá junto, e a gente sempre faz questão que ele esteja presente, para estar vendo e tirando como exemplo o que a gente está fazendo.” EP3

“A gente recebe o plantão e já vamos começando a desenvolver as atividades, mas sempre juntos.” EP6

Existem algumas situações que devem ser pontuadas, como o esclarecimento deste estudante em especial; já um profissional formado, que está participando de processo de especialização de sua formação. Algumas inquietações surgem, tanto da equipe quanto do estudante, cabendo aos preceptores saber lidar com a gestão de conflitos e apresentando a este estudante pontos a serem desenvolvidos ⁵¹.

“Eu realizo o acompanhamento das atividades diariamente. Então como essa pessoa chega, sendo um profissional já formado, no caso do residente, fica mais fácil” EP5“...

“Eu faço o residente atuar de maneira profissional, claro que com as limitações de ser residente... Então, de uma forma que ele tenha opinião, eles tenham as ideias pautadas e discutidas durante a discussão de casos clínicos, que são feitos diariamente.” EP4

Apesar de estes estudantes já serem profissionais formados, e de estarem em condição de especializando, alguns preceptores, talvez por insegurança, medo ou falta de conhecimento do que este aluno está apto a realizar, não percebem a real intenção deste processo de aprendizado na prática, como traz essa narrativa:

“O dia que eu não faço visita com o residente, uma outra colega que me auxilia nas atividades assistenciais, acompanha o residente, a gente evita que ele desenvolva atividades sem supervisão direta minha ou dessa colega supervisora, que também é fixa daqui do setor e que também conhece a rotina, todos os protocolos e normas da instituição.” EP6

Todo este processo de formação/especialização do enfermeiro apoia-se em bases teóricas para o desenvolvimento do conhecimento científico, bem como habilidades práticas, as quais são realizadas em diferentes cenários, a nível individual e coletivo, com base nos princípios da ética/bioética para a prestação do cuidado. Tais práticas se constroem na interação entre professores, acadêmicos, usuários e profissionais dos serviços ⁵².

“se surgirem técnicas diferentes, nós vamos juntos. Se forem técnicas que eles já dominam, eles podem ir sozinhos” EP1

“...nas passagens de visita eu mostro como eu faço e vejo se eles sabem da doença e de como cuidar daquele paciente, nas intercorrências, nas emergências, nos conflitos entre a equipe eu tomo uma atitude como líder da equipe e explico o porquê.” EP8

A residência realizada no ambiente hospitalar constitui-se em um importante cenário de formação no campo da assistência/cuidado às pessoas. É neste local que o estudante conhece as rotinas básicas do cuidado e todas as demais atribuições do profissional enfermeiro.

“tem várias coisas que precisam ser otimizadas, como a SAE (sistematização da assistência de enfermagem), por exemplo. Então estou fazendo com a residente. A gente senta, questiono eles a pontuar o que acham relevante pra mudar, aí a gente discute, apresento para os docentes e a partir disso, se consegue mudar...” EP4

“...durante o dia, conforme vão surgindo as atividades, tanto educativa, se tiver uma aula a gente pede para ele ir, ou se precisar dar uma aula, a gente identifica uma necessidade do setor, pede para eles darem o treinamento, e funciona bastante isso de darem aula para a equipe” EP1

Com a mudança progressiva nas instituições de saúde e até mesmo da sociedade, geram-se novas exigências e desafios no mercado de trabalho, que exigem elevados níveis de desenvolvimento integral dos profissionais e estudantes. Com o desenvolvimento através da especialização, permite-se que respondam com eficiência aos novos desafios propostos, nesse caso, a condução da assistência na saúde pelos estudantes. Neste sentido, a abordagem das habilidades e conhecimentos teóricos aplicados diretamente no cuidado emerge como uma necessidade para melhorar e até resolver problemas existentes nas instituições⁵³.

A articulação entre a educação e a saúde é um desafio, consistindo em criar e proporcionar interfaces entre distintos saberes e poderes, gerando oportunidades de aprofundamento dos diálogos disciplinares, assim como de alternativas metodológicas que alcançam a renovação de saberes e práticas na saúde.

Categoria 2: Valorizar o aprendizado na prática reconhecendo que a construção das competências acontecem no decorrer do processo de trabalho do preceptor e do estudante

A formação profissional em Enfermagem na perspectiva do cuidado perpassa pela integração ensino- serviço na parceria entre as Instituições de Ensino Superior (IES) e os serviços de saúde. A prática supervisionada contribui para aprendizagem da clínica, preparação do aluno através do contato com a dinâmica dos serviços de saúde, bem como a definição de sua posição junto à equipe multiprofissional⁵⁴.

Atualmente, não existe um "padrão de ouro" para medir as competências de enfermagem na prática clínica de estudantes em um ambiente real, por causa do conceito holístico de competências e a complexidade das ações de saúde. A este respeito, a literatura mostra que são necessárias estratégias ou modelos de

avaliação eficazes que sejam capazes de integrar todos os elementos desta concepção; porém ainda não há um consenso sobre como medi-las⁵³.

A combinação de novos conhecimentos relacionados à doença em si, à avaliação de riscos a saúde, eficácia de tratamento, gestão, melhoria de recursos e sistemas, juntamente com a defesa do paciente e familiares ao acesso aos recursos em saúde, seriam a idealização de um processo de aprendizado teórico-prático. Todavia, este conjunto é complexo para a realidade atual, mas o aprendizado de teoria na prática é fundamental, independente dos recursos existentes.

“...ficou muito claro que o ensino precisava ser dado na prática, que essa dicotomia, essa divisão da teoria com a prática, primeiro aprende a teoria, uma dia você vai usar essa teoria com a prática, eu já não via muito sentido nisso.” EP2

“...eu acho que a residência multiprofissional vem nesse contexto de 25 anos que eu pratico o ensino aqui, o ensino da prática...Em muitos momentos eu preciso da conceituação teórica, eu preciso dos referenciais teóricos, porque é o que vai significar aquela prática” EP2

O preceptor, no sentido de valorização do aprendizado na prática do trabalho, deve apresentar conhecimento teórico, didático e político para que seja possível oferecer ao estudante a compreensão dos propósitos da Enfermagem. Sua experiência e discernimento são fundamentais para interligar educação (graduação e/ou especialização) ao mercado de trabalho. Os serviços de saúde constituem terreno fértil e desejado pelas instituições de ensino, tanto para a questão da prática e das habilidades específicas, como no que concerne à humanização e ética⁵⁵.

“A gente deixa eles muito a vontade, se precisar implantar alguma rotina, porque eles estão chegando e conseguindo enxergar o que a gente não enxerga mais” EP1

“...fizemos o grupo com os residentes da ala dos adultos e com os da saúde da família e ai qual a primeira pergunta?...mas antes de qualquer coisa, eu vou elaborar três questões pra vocês, a primeira qual o objetivo dessa atividade? Segunda, que metodologia, que referencial teórico usamos para realizar essa atividade? E terceira, quais questões técnicas permeiam a atividade?” EP2

Enfermagem é uma profissão que requer prática, não somente teoria. Nas últimas duas décadas, têm-se observado mudanças difundidas no ensino de enfermagem, mas a prática clínica continua a ser um recurso valioso na preparação dos alunos, apoiando a integração teoria e prática, e ligando o "saber o que" com o "saber como" ⁵⁶.

A formação em enfermagem como uma prática social tem elevado grau de incerteza, complexidade e abertura. É regulada por padrões éticos e desenvolve-se através de processos deliberativos de entendimento dos participantes, ou seja, com base na interpretação da ação educativa desenvolvida por professores e alunos. É, portanto, mais orientada para o entendimento de que o sucesso envolve uma interação sujeito-sujeito ⁵⁶.

“A gente entra na parte clínica. Dai a gente vai percebendo também quem sabe mais ou menos a teoria e quem vai melhor na parte prática.” EP7

“Aqui a gente tem os grupos... Temos um grupo que é de resultados de exames. Antes de estar no grupo, os profissionais analisam o prontuário, ver se tem exames alterados, quem é o médico, discutir com o médico e levar a conduta pronta. Nesse momento os alunos participam, desde a gestão, analisando os prontuários, até a participação no grupo.” EP3

Raciocínio clínico é uma expressão genérica com que geralmente são designados os processos pelos quais as informações são obtidas e interpretadas para se chegar às conclusões necessárias para o cuidado em saúde. No entanto, outras expressões são usadas de forma intercambiável com raciocínio clínico, como julgamento clínico, tomada de decisão e mesmo pensamento crítico. Independentemente disso, o raciocínio clínico é uma habilidade primordial na prática de enfermagem, pois é por meio dele que os profissionais identificam, priorizam, estabelecem planos e avaliam dados ⁵⁷.

“Os alunos costumam vir e olhar o paciente como um todo. A sua situação social, psicológica...” EP3

“... eles tem total liberdade para fazer as coisas, desde que eu conheça o que eles sabem fazer...” EP8

A prática clínica é um componente vital na enfermagem, apesar de ocorrer em um contexto complexo social. Portanto, um dos principais atores é o professor, cuja principal função é orientar a atividade construtiva dos estudantes, auxiliando no desenvolvimento de raciocínio clínico, pois servirá para o desenvolvimento de habilidades, promovendo a compreensão e ação do estudante ⁵⁶.

“A gente realmente faz uma revisão de técnicas antes da execução de qualquer tipo de assistência. Nesse momento você já está treinando, tanto você tá relembrando, como tá forçando a pessoa a se recordar caso surja uma dúvida, você já faz uma revisão de tudo isso...” EP6

Antes de definir o cuidado de enfermagem propriamente dito, é necessário avaliar as condições clínicas dos pacientes e estabelecer o que se espera frente às mesmas. Portanto, obtém-se o estado atual do paciente e, a partir dele, é possível estabelecer o “resultado esperado”, ou seja, o que se pretende alcançar ou modificar em razão das ações. Para se esperar um resultado em consequência de uma ação e confirmar a sua obtenção, há que se ter medidas de seu alcance; portanto, utiliza-se de padrões, critérios ou indicadores desse resultado. Em outras palavras, deve-se estabelecer uma régua que irá medir ou avaliar a qualidade da assistência prestada ⁵⁸.

O ensino de enfermagem no campo prático acumula, para o preceptor, o compromisso e a responsabilidade da construção do conhecimento ao delegar, sob sua supervisão, cuidados especializados pareados à humanização. Os serviços de saúde exigem do preceptor atenção, presteza, atenção e resolubilidade ⁵⁴.

O preceptor, segundo estudos, deve ser dotado de algumas competências, porém, o entendimento e construção destas competências não é um processo simples. A atuação destes profissionais preceptores tem atraído a atenção de instituições de saúde, que cada vez mais investem em educação no cenário prático ⁵⁹.

Segundo Nahulquim⁶⁰, as características individuais que constroem a competência de um enfermeiro preceptor são chamadas dimensões da competência, e compreendem um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que se articulam em seis dimensões diferentes, são elas:

- Dimensão cognitiva e de aprendizagem: Inclui conhecimentos básicos, a capacidade de apreender com a experiência, a capacidade de fazer perguntas e formular hipóteses sobre as experiências da prática clínica, a curiosidade, atenção, gestão da informação, conhecimento autoadquirido, a capacidade de analisar e resolver problemas complexos, da observação e auto crítica do próprio processo de pensamento.
- Dimensão técnica: Inclui o conjunto de competências e habilidades manuais para a execução da técnica e capacidade de organização mental e gestão de tempo e recursos.
- Dimensão integradora: Refere-se a estratégias de raciocínio clínico, a aplicação de conhecimentos a situações reais, que integra elementos relacionais de julgamento clínico, científico e humano e gestão incerteza.
- Dimensão relacional: explica a capacidade de compartilhar e/ou transmitir os conhecimentos, habilidades e atitudes habilidades (ensino) para o trabalho em equipe, habilidades de comunicação e capacidade de gerir situações de conflito.
- Dimensão moral e afetiva (ética e valores): Dimensão que inclui aspectos da inteligência emocional, a capacidade de cuidado e atenção, sensibilidade, respeito pelos outros e tolerância ao estresse.
- Dimensão política: a capacidade de participar na política e organizações inerentes à manutenção do poder profissionalismo.

Competências são construídas através das inter-relações entre estas dimensões, isto é, um equilíbrio interdimensional é adquirido, produzindo, assim, um aumento no perfil de competência e, portanto, um bom desempenho destas ao longo do tempo ⁶⁰.

“Então, a liderança...isso vem com o tempo. Tem pessoas que não nasceram para ser líder... eu tenho pessoas muito capacitadas aqui. Mas isso foi uma coisa que foi se construindo ao longo do tempo.” EP1“

Então, eu acho que todas essas competências, não tá dado por si só, sabe... eu acho que elas são construídas em cada momento, em cada momento histórico, de cada serviço, de cada instituição, tanto de ensino quanto de assistência à saúde. Eu acho que é uma construção constante.” EP2

Na preceptoria, as competências não são conhecimentos e habilidades fragmentadas, mas um conjunto combinado de saberes que são transmitidos. Sua aparição é construída a partir da sequência de atividades de aprendizagem e estas giram em torno da importância e da valorização da relação entre preceptor e estudante, e seu potencial, inteligência, conhecimento e criatividade relevante para a adaptação das mudanças, gerando, dentro da gestão de cuidados, uma nova maneira de melhorar a qualidade do cuidado ⁶⁰.

“...acho que todas essas competências, elas são de grande importância, mas elas precisam ser construídas a todo momento e eu acredito na construção coletiva dessas.” EP2

Para o profissional educador/preceptor, trabalhar com competências é algo que não tem sentido único, pois existe uma avaliação do aluno para o professor e também do professor para o aluno, deixando claro que estes estão, em seu cotidiano, expostos a inúmeras situações profissionais ⁶¹.

Este modo de aprendizagem, baseada em situações profissionais, que se dá nos programas de residência multiprofissional em saúde, favorece a construção de significados para uma aprendizagem e conhecimento de competências. Associado à divisão do conhecimento entre aluno e professor, o enfoque biomédico na abordagem das situações de saúde-doença reduz, e a possibilidade de explicação dos fenômenos envolvidos no problema aumenta. A ampliação desta perspectiva, por meio da inclusão das dimensões subjetiva e social, inerentes ao processo de produção de saúde, permite a identificação de necessidades que expressam valores, cultura e inserção socioeconômica. Além desta ampliação, o reconhecimento dos estudantes como construtores ativos de melhoria na atenção à saúde traz para a cena o desafio da construção compartilhada dos saberes ⁶².

Dessa forma, a concentração de troca de experiências de cuidado no ambiente hospitalar mostra-se promissora, uma vez que cada cenário tem especificidades para a prática e para a aprendizagem, ampliando os saberes futuros. Estas especificidades requerem que a prática dos estudantes que ocorre nos distintos cenários vise ao desenvolvimento de capacidades cognitivas, psicomotoras e atitudinais que, combinadas, caracterizam uma atuação competente frente a uma situação profissional ⁶².

Um dos desafios das instituições de ensino em saúde é o de ser capaz de formar profissionais competentes, com um sentido positivo do exercício da futura profissão, comprometidos com a melhoria das práticas profissionais nos contextos reais de atuação. Nessa direção, destaca-se a necessidade de que os currículos e práticas dos cursos estejam sintonizados à realidade para a qual se prepara o futuro profissional. Nesta perspectiva, pode-se concordar que a formação inicial compreende o período em que os indivíduos têm a possibilidade de ter contato com a base de competências que a sua profissão exigirá ⁶³.

“A liderança, isso eles desenvolvem com o tempo, mas a gente tem que ser o exemplo, né? Eles se espelham muito na gente, na verdade...” EP1

“Liderança, nossa como tá difícil! Porque eu acho que tudo aquilo que nós aprendemos na enfermagem, de seleção pessoal, de educação permanente, então é muito difícil de ser aplicado hoje, com uma restrição tão grande de recursos...” EP2

“Olha, eu acho que assim, a tomada de decisão, a liderança, a comunicação, a educação, a gestão a gente aplica o tempo todo.” EP3

“Porque aqui eu consigo exercer com o residente a tomada de decisão, eu consigo ver se ele tem uma postura, toma decisões, é muito prático...” EP4

Ao residente em saúde, a instituição de saúde oferece um treinamento em serviço, possibilitando ao estudante a prática junto aos serviços de saúde, fazendo com que o profissional, na maioria das vezes recém-formado, conheça a realidade dos processos de trabalho, e colabore com os colegas no auxílio à resolução de

problemas cotidianos, sempre respaldados por profissionais dos serviços e por docentes, além de atentar para práticas gerenciais modernas e respeitar os princípios éticos da profissão. Além do preparo técnico-científico, o residente adquire segurança profissional para o desenvolvimento das atividades, conscientiza-se da necessidade do aprendizado complementar, elegendo prioridades, integrando-se com as equipes proporcionando melhores condições de trabalho e elevando o padrão de qualidade do atendimento institucional ⁶⁴.

Para que exista condições de fornecer conhecimento aos estudantes, é necessário que o preceptor também busque conhecimento e atualização. Este esforço deve ser tanto pessoal, quanto institucional ⁶⁵.

“... ele deve sempre se atualizar, pra depois saber passar pro residente como se toma uma decisão. Como se utiliza de boa comunicação, como se educa o paciente e equipe, como se administra as questões do setor, como se conhece a saúde do paciente.” EP5

Além de existir uma motivação para a busca de conhecimento, que será replicado e trará resultados positivos para o profissional, as instituições de saúde podem contribuir com esta melhor formação. Algumas instituições trabalham com formação específica para profissionais educadores no setor da saúde, porém isso não é uma regra, visto a concepção apontada pelo Ministério da Saúde ^{22,66}.

“Acredito que é necessário uma maior formação dos preceptores. Eu tive a oportunidade de fazer docência e alguns cursos, mas a grande maioria encontra dificuldade nessa questão.” EP5

A caracterização e o desenvolvimento das competências são um desafio para os serviços de saúde, para os estudantes e, principalmente, para o enfermeiro preceptor que media o cuidado prestado ao paciente junto a este estudante. A adoção do modelo de gestão por competências pode ser uma alternativa apropriada, pois fornece aos gestores uma visão mais ampla acerca das competências, de modo que possam fazer uma comparação entre as competências requeridas por um cargo e as competências do profissional, possibilitando a identificação de lacunas , e o

desenvolvimento de um plano para cada uma, o que beneficia as organizações, os profissionais e os estudantes. No âmbito dos serviços de saúde, estes benefícios podem se estender aos pacientes, à medida que os objetivos institucionais estejam vinculados à melhoria da qualidade dos seus serviços ⁶⁷.

Focando melhores resultados, principalmente na assistência ao paciente, preceptores formam profissionais tanto para o Sistema Único de Saúde quanto para os demais serviços de saúde e de ensino, através do fomento do trabalho em equipe, práticas interdisciplinares, boa comunicação, exercício da liderança, e estimulam o desejo no estudante de constituir-se um agente de mudança em prol de melhorias e garantia do direito à saúde, vindo de encontro com a melhoria da qualidade do serviço ⁶⁸

Categoria 3: Considerar a comunicação efetiva como fundamental nas relações em equipe multiprofissional

A comunicação é uma das seis competências principais dos profissionais enfermeiros, e consiste em um processo de compreensão e compartilhamento de mensagens enviadas e recebidas, que exercem influências no comportamento das pessoas envolvidas, confirmando o fato de as pessoas estarem constantemente envolvidas por interações. O ato de comunicar-se não é importante apenas para o desenvolvimento do ser humano, ela é importante também porque faz parte de nossas experiências anteriores e das experiências adquiridas diariamente ^{4,69}.

É considerada, na enfermagem, um dos pilares fundamentais nas instituições de saúde, devido a seu maior grau de interações com usuários internos e externos dos serviços. Este processo de comunicação pode garantir qualidade no cuidado aos pacientes e também fortalecer a interação entre os profissionais ⁷⁰.

“A comunicação é uma coisa que a gente preza demais, porque sem a comunicação a gente não consegue fazer as outras competências, então a gente estimula uma boa comunicação com a equipe multiprofissional, com todos mesmo” EP1

O cuidado na enfermagem manifesta-se nos relacionamentos interpessoais e constitui formas de comunicação. Por meio delas, o enfermeiro acolherá o paciente e sua família, os estudantes e a equipe de trabalho. Por isso, existe uma necessidade do enfermeiro de investir na habilidade de comunicação ⁷¹.

“Eu ando questionando muito essa questão comunicacional, no nosso trabalho tá muito difícil... As pessoas não falam o que elas pensam.” EP2

Estudos sobre educação e comunicação em enfermagem demonstram que tanto alunos quanto professores entendem a competência em comunicação verbal e não verbal como fundamental para uma prática segura e de qualidade; além disso, esta compreensão é fundamental para o desenvolvimento dos enfermeiros; sendo necessária a estruturação de componentes relacionais desde a graduação em enfermagem ⁷¹.

O preceptor precisa estimular o interesse dos estudantes/residentes, considerando os aspectos psicológicos envolvidos no processo ensino-aprendizagem, pois tanto o professor como o aluno revelam qualidades que facilitam a comunicação, mas também traços negativos que dificultam o relacionamento. Estes relacionamentos no ambiente hospitalar são muito importantes, visto que o paciente é atendido por várias equipes de diversas especificidades do setor saúde. Neste sentido, o professor precisa se perceber como pessoa e não só como um profissional, pois o professor é o maior responsável por determinar o tipo de interação que haverá entre ele e o aluno. Neste contexto, o aluno deve ser compreendido como aquele que precisa aprender e, por isso, buscar o conhecimento do professor ⁷².

“E sempre com um diálogo franco, sempre falando pra ele os pontos que ele pode melhorar, mas reforçando os pontos em que ele está certo e que ele se desempenhou bem.” EP6

“...é fundamental esse princípios de você ter o conhecimento técnico, de você conseguir passa os conhecimento, você tem que saber verbalizar isso né...” EP6

“...a gente conversa bastante, deles conseguirem desenvolver bem o seu trabalho aqui... e estamos conversando como a gente pode melhorar o dia-a-dia deles...” EP9

Tanto as instituições de saúde quanto as de ensino, que têm o preceptor como articulador nas atividades, passam por mudanças constantes, devido às exigências pelo perfil profissional, pela necessidade da interdisciplinaridade na produção de conhecimento e a inserção de equipes multiprofissionais no processo de trabalho em saúde, na perspectiva da integralidade. Assim, é exigido do formando e do formador uma postura crítico-participativa, que discuta conceitos do processo saúde-doença com a diversidade de profissionais inseridos no ambiente hospitalar ⁷³.

“...procuro nunca deixar o residente sozinho, a gente sempre conversa antes do procedimento fora do quarto, entendeu?” EP6

“faltou postura, faltou a parte de conhecimento e até de comunicação e entrosamento, de educação com a equipe... eu envolvo com a comunicação, de como eles falam comigo, entre eles e com as pessoas que estão com os pacientes...” EP7

A comunicação é a capacidade de contextualizar e se não houver esta percepção, produz-se uma mera comunicação autista, sem sentido e significado. Neste sentido, outra demanda no processo de formação é a experiência de interagir com as equipes e as crescentes necessidades que surgem no cotidiano dos ambientes de serviço, entre setores e profissões distintas ⁷³.

De acordo com o Ministério da Educação ⁷⁴, as profissões que fazem parte da RMS e compõem as equipes multiprofissionais em saúde são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Estas profissões interagem durante o período de formação e a sabe-se da necessidade de interação entre elas durante o desenvolvimento do trabalho nas instituições de saúde ⁷⁴.

Para esta interação entre profissões, a comunicação deve ser compreendida não apenas como estratégia para promover informação, mas como um meio de compartilhar conhecimentos e práticas, na busca de melhorias, agilidade e eficiência nos serviços de saúde ⁷³.

“... tem o fisioterapeuta, as vezes tem a fono que vem também e até a psicóloga. Alguns médicos que ficam mais aqui eu também tento fazer a apresentação pra eles, porque daí fica mais fácil quando precisar falar com eles e tal.” EP8

Relações de vínculo e cooperação devem ser a base da interação entre as equipes multiprofissionais em prol do bem-estar comum e do trabalho em equipe, o que requer processos de comunicação pautados no respeito, no compromisso, mas, também, na disponibilidade e na confiança mútua, atitudes que devem orientar as propostas de educação em saúde, seja no âmbito dos serviços, seja nas instituições de ensino ⁷⁵.

“...se acontece um conflito, eles vem e falam comigo, daí eu explico: é dessa forma e tal, daí eu falo sempre que tem que conversar antes, com qualquer um, até com os funcionários do setor, que não são da enfermagem.” EP8

O trabalho em equipe multiprofissional apresenta-se atualmente como uma estratégia para agregar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde. Processos educativos, como a residência multiprofissional em saúde, contribuem para a formação de profissionais de saúde mais bem preparados para uma atuação integrada em equipe, na qual a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas predominam adiante da competição e da fragmentação ⁷⁶.

A articulação entre as ações dos diferentes profissionais e a interação necessária entre eles torna evidente uma necessidade de trabalho em equipe no setor da saúde. De encontro a isso, vem a importância da comunicação, que compõe uma ação comum no campo de cuidado das diversas profissões que formam a equipe multiprofissional em saúde, sendo reconhecida como uma

competência geral disposta nas diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde⁷⁷.

A comunicação entre equipes é considerada a parte primordial no atendimento ao paciente dentro de qualquer instituição de saúde. Comunicar representa um enriquecimento mútuo, onde as informações são passadas, articuladas e, principalmente, complementadas, visando sempre ao bem comum⁷⁸.

A atuação em equipe multiprofissional no setor da saúde vem sendo fortemente recomendada com propósito de atender integralmente às necessidades do paciente de forma a assisti-lo integralmente. Vale destacar que uma equipe multiprofissional pode ser descrita como um grupo distinto de profissionais especializados que atuam de forma interligada, com enfoque nas estratégias benéficas para o quadro do paciente⁷⁸.

A diversidade da equipe de saúde proporciona aspectos positivos no cuidado, como, por exemplo, a divisão do trabalho entre as distintas especializações dos profissionais envolvidos. Esta divisão do trabalho remete à ideia de que o paciente é assistido de forma global e as ações e informações são articuladas. Porém, a interação dos profissionais pode ser prejudicada, corrompendo o seguimento das informações, seja pela pouca interação entre os profissionais ou pela precariedade de registros das atividades realizadas com o paciente no âmbito hospitalar. Desta forma, a comunicação efetiva entre a equipe é o denominador comum da relação entre trabalho e interação dos profissionais, favorecendo todos os envolvidos nos processos das instituições de saúde⁷⁹.

6. CONCLUSÕES

A compreensão das competências para a preceptoria pelos participantes do estudo permitiu revelar o compromisso dos profissionais preceptores com a formação dos futuros profissionais da área da saúde. Isso foi refletido na concordância com o ato de proporcionar ao estudante o conhecimento e troca de experiências necessárias à sua formação.

É clara a relação entre compreensão e prática das competências pelos preceptores, quando temos a concordância plena, onde estes afirmam conhecer plenamente suas atribuições profissionais e orientam os residentes quanto a elas, permitindo, assim, que o estudante seja incluído na rotina diária de suas funções como enfermeiros.

Um dos preceptores discorda com a identificação com o trabalho em saúde coletiva. Acreditamos que esta discordância se dá pela compreensão deste participante de que saúde coletiva está relacionada somente com a atuação em atenção primária. Em contrapartida, temos uma maioria de preceptores que compreende as políticas de saúde e situa os estudantes com o SUS.

Estar lado a lado com o estudante, o qual também está construindo competências em seu processo de formação, requer do preceptor grande responsabilidade. Neste estudo, a compreensão de que a construção das competências profissionais é contínua ficou explícita, bem como esta construção se dá no dia a dia de trabalho com as equipes de saúde.

Os programas de educação em saúde, como as residências multiprofissionais em saúde, vêm propondo novos desafios aos profissionais que assumem a prática da preceptoria. O estudante que participa do processo de formação através da RMS pode apresentar um ganho potencial em sua formação, pois é sujeito nesta relação de preceptoria, tendo a oportunidade de vivenciar o cotidiano do trabalho e conhecer de perto suas futuras atribuições profissionais. Esta oportunidade é apresentada desde o primeiro momento entre preceptor e residente, deixando claro a este estudante que, apesar de já ser um profissional formado, ele também é um profissional em especialização.

Um fator que chama a atenção é que a concordância pela identificação com a prática educativa não teve destaque pleno, demonstrando o entendimento pelo preceptor que para praticar a preceptoria não necessariamente precisa gostar ou estar apto para esta atividade. Neste sentido, recomenda-se a utilização deste referencial pelos programas com ênfase em práticas pedagógicas em serviços de saúde, visando à formação de profissionais a fim de que compreendam que estão assumindo atividades educativas/pedagógicas no conjunto da prática da preceptoria. Cabe destaque a esta necessidade, considerando que nenhum dos preceptores participantes deste estudo informou ter tido preparo pedagógico.

Outro fator relacionado à compreensão e práticas das competências, foi a importância de trabalho em equipe multiprofissional e a comunicação efetiva apontada pelos preceptores. A necessidade de estabelecer linhas de comunicação adequadas entre preceptor e estudante demonstra o cuidado dos profissionais com a qualidade da relação estabelecida e da informação a ser processada.

Através dos relatos e das concordâncias com as competências apresentadas, os preceptores parecem estar dispostos a compartilharem com os estudantes suas experiências e seu próprio local de trabalho, e isso exige do preceptor certo desprendimento, vontade de ensinar e um sentimento de dividir o que é público, reconhecendo seu próprio conhecimento como parte desta esfera.

Acreditamos ter alcançado o objetivo deste estudo, ao relacionarmos a prática do enfermeiro como preceptor na residência multiprofissional em saúde com a sua compreensão sobre competências profissionais necessárias para atuar na área, evidenciado na importância da realização de momentos de formação para preceptoria, enfatizando mecanismos que fomentem o debate consistente e estruturado na prática, à luz das vivências dos estudantes, preceptores, docentes e pesquisadores.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues CDS, Witt RR. Competencies for Preceptorship in the Brazilian Health Care System. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 2013. V. 44, p. 507-515.
2. Ruthes RM, Cunha ICKO. Entendo as competências para aplicação na enfermagem. *Rev Bras Enferm*. Brasília 2008. Jan-fev; 61(1): 109-12.
3. Benito GAV, Tristão KM, Paula ACSF, Santos MA, Ataíde LJ, Lima RCD. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. *Rev Bras Enferm*. Brasília 2012. Jan-fev; 63(1): 172-8.
4. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n.3, 7 nov 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da República Federativa do Brasil [resolução na internet]. Diário Oficial da União 09 nov 2001. Acesso em 15 Jun 2015. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>.
5. Santos SSC. Perfil de egresso do Curso de Enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação. *Rev Bras Enferm* 2006. Mar-abr; 59(2): 212-21.
6. Santos GF. Formação do enfermeiro na perspectiva das competências: uma breve reflexão. *Rev Bras Enferm*, Brasília. 2006. Jan-fev; 57(1): 66-70.
7. Borges MCLA, Ponte KMA, Queiroz MVO, Rodrigues DF, Silva LMS. Práticas educativas no ambiente hospitalar: reflexões sobre a atuação do enfermeiro. *R. pesqu.:cuid. Fundam*. Online 2012. Jul/set 4(3): 2592-97. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1523/pdf/597>.
8. Fernandes MCGO, Otenio MH, Otenio CCM. Representação da participação do enfermeiro no processo educativo e nas relações humanas do trabalho. *RAS*, 2010. Jan-Mar12(46): 31-40.
9. Santos GF. Formação do enfermeiro na perspectiva das competências: uma breve reflexão. *Rev Bras Enferm*, Brasília. 2006. Jan-fev; 57(1): 66-70.
10. Silva VC, Viana LQ, Santos CRGC. A preceptoria na graduação em enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *R. Pes.: cuid fundm.online* 2013. Dez; 5(5): 20-28.
11. Barbeiro FMS, Miranda LV, Souza SP. Enfermeiro preceptor e residente de enfermagem: a interação no cenário da prática. *R. pesq. cuid. fundam online* 2010. Jul/set. 2(3): 1080-1087.
12. Luhanga F, Myrick F, Yonge O. The preceptorship experience: Na examination of ethical and accountability issues. *J Prof Nurs*. 2010 Sep-Oct; 26(5): 264-71.
13. Peres AM, Ciampone MHT. Gerencia e competências gerais do enfermeiro. *Texto & Contexto Enferm* [periódicos na internet] 2006 set; 15(3): 492-499. Acesso em 2 jul 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072006000300015&script=sci_artt ext.

14. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface comun. Saúde educ.* 2016 out-dez; 20(59): 905-916.
15. Zarifian P. *Objetivo competência: por uma nova lógica.* 1a. ed. São Paulo: Atlas; 2001. 198p.
16. Braga, EM, Silva, MJP. Como especialistas em Comunicação expressam a competência comunicativa. *Interface (Botucatu)* [online]. 2010, vol.14, n.34, pp. 529-538. Epub Sep 17, 2010.
17. Marx LC. *Competências da enfermagem: sedimentadas no Sistema Primary Nursing.* Rio de Janeiro: EPUB; 2006. 184p.
18. Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepções da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(3): 478-84.
19. Maya CM, Simões ALA. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. *Rev Bras Enferm.* Brasília 2011. Set-out; 64(5): 898-904.
20. Botti SHO, Rego S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são seus Papéis? *Rev. Bras de Educ. Méd.* 2008. 32 (3): 363 -70.
21. Rodrigues AM, Freitas CHA, Guerreiro MGS, Jorge HSB. Preceptoria na perspectiva da integralidade: conversando com enfermeiros. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2014 jun; 35(2): 106-12.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.111/Gm de 5 de julho de 2005. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Brasília, 2005.
23. Martins GDM, Caregnato RCA, Barroso VLM, Ribas DCP. Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016 set;37(3):e57046
24. Brasil. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 6 de set 1977.
25. Lima DM, Porto MEA. Residência em Enfermagem: subsídios para possíveis estudos. *Enferm Novas Dimensões.* 1977; (3):294-8.
26. Rosa SD, Lopes RE. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação no Brasil: apontamentos históricos. *Rev Trab Educ Saúde.* 2009/2010;7(3):479-98.

27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília; 2006.
28. Cheade, MFM, Frota OP, Loureiro MDR, Quintanilha ACF. Residência multiprofissional em saúde: A busca pela integralidade. *Cogitare Enferm.* 2013 Jul/Set; 18(3): 592-5.
29. Salvador, AS, Medeiros CS, Cavalvanti PB, Carvalho RN. Construindo a Multiprofissionalidade: Um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. *R bras ci Saúde*, 2011. 15(3): 329-338.
30. Silva JC, Contim D, Ohi RI, Chavaglia SR, Amaral EM. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(2):132-8.
31. McClure E, Black L. The role of the clinical preceptor: an integrative literature review. *Journal of Nursing Education.* Jun 2013; 52(6): 335-341.
32. Madhavanpraphakaran GK, Shukri RK, Balachandran S. Preceptors' Perceptions of Clinical Nursing Education. *J Contin Educ Nurs*, 2014. 45 (1): 28-34.
33. Carlson E. Precepting and symbolic enteractionism – a theoretical look at preceptorship during clinical practice. *Journal of Advanced Nursing.* Fev 2013; 69(2): 457-464.
34. Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepções da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(3): 478-84.
35. Creswell, JW. Pesquisa de métodos mistos. 2ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 288p.
36. Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 1 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2009.
37. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 407p.
38. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília 2013.
39. Likert, R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology* 1932; 140(1):44-53.
40. Bardin L. Análise de conteúdo. 7. ed. Lisboa: Edições 70: Persona 2011. 280p.

41. Dalmoro M, Vieira KM. Dilemas na construção de escalas tipo likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? RGO Revista Gestão Organizacional 2013; 6 (esp): 162-173.
42. Tsuji H, Silva RHA. Aprender e ensinar na escola vestida de branco. São Paulo: Phorte; 2010. P.63-72.
43. Silva CT, Terra MG, Mostardeiro SCTS, Ribeiro DB, Lavich CRP, Xavier M. Núcleo de educação permanente em enfermagem: perspectiva em um hospital de ensino. J.res.: fundam. care online 2013. jul-set; [Acesso em 12 out 2016] 5(3): 114-21. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2044/pdf_826;
44. Berardinelli LMM, Coelho MJ, Figueiredo NMA. Preceptor na residência de enfermagem. Rio de Janeiro: Epub; 2003. P.17-42.
45. Bardagi PAMP, Luca GG, Girelli S. Do Trote à Mentoria: Levantamento das Possibilidades de Acolhimento ao Estudante Universitário. Revista Brasileira de Orientação Profissional jul.-dez. 2014; 5(2): 143-152.
46. Miranda AO, Arce VAR. Humanização na formação em saúde: a experiência de uma estudante de fonoaudiologia. Distúrbios Comun. 2015; 27(3): 600-607.
47. Sapatini TF, Gasparino RC, Polli L, Oliveira AS. Avaliação de um programa admissional para a equipe de enfermagem. Escola Anna Nery Rev. Enferm 2016. Jul-set; 20(3)
48. Costa, PL, et al. Superando demandas de trabalho para proporcionar uma elevada qualidade de atendimento nos hospitais na Europa. Rev positiva psicol. trab. 2014, 30(3): 105-112.
49. Caveião C, Peres AM, Visentin A, Brey C, Xavier APS, Juliana Becker de Oliveira JB. Compreensão dos acadêmicos de enfermagem sobre trabalho colaborativo. J. res.: fundam. care. online 2016. jul./set. [Acesso em 8 de out2016] 8(3): 4796-4802. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4332/pdf>
50. Mårtensson G, Löfmark A, Mamhidir AG, Skytt B. Preceptors' reflections on their educational role before and after a preceptor preparation course: A prospective qualitative study. Nurse Educ Pract. 2016 jul; 19:1-6.
51. Carr J, Pitt M, Perrel E, Recchia N. Mentoring students: Exploring and managing incivil behaviour in community nursing placements. British Journal of Community Nursing. 2016, April 21(4): 203-8.
52. Ceroni P, Martins CL, Antonioli L, Gonzales RIC, Pai DD, Guanilo MEE. Exposição corporal do paciente no olhar do acadêmico de enfermagem. J. res.: fundam. care. online 2015. out./dez [Acesso em 9 de out 2016] 7(4): 3148-3162. Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3435/pdf_1685

53. Parra DI, Loza DCT, Nariño CCD, Torres JN. Evaluación de las competencias clínicas em estudantes de enfermeira. *Revista Cuidarte*. 2016; 7(2): 1271-8.
54. Rodrigues AMM, Freitas CHA, GuerreiroMGS, Jorge MSB. Preceptoría na perspectiva da integralidade: conversando com enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014 jun;35(2):106-12.
55. Willians JK, et al. Advanced nursing practice and research contributions to precision medicine. *Nurs Outlook*; 2016. Mar-Apr. 64(2):117-23.
56. Uriarte S, PonceG, Bernal M. Vivencias cotidianas en espacios clínicos del estudiante de enfermeira. *Enferm. Univ*; 2016. Jul-Sep 13(3): 171-177.
57. Menezes SSC, Corrêa CG, Silva RCG, Cruz DAML. Raciocínio clínico no ensino de graduação em enfermagem: revisão de escopo. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(6):1037-1044.
58. Oliveira ARS, Carvalho EC, Rossi LA. Dos princípios da prática à classificação dos resultados de enfermagem: olhar sobre estratégias da assistência. *Cienc Cuid Saude* 2015. Jan/Mar; 14(1):986-992.
59. Lin L, Lee S, Ueng SWN, Tang WR. Reliability and validity of the nurse practitioners' roles and competencies scale. *Journal of Clinical Nursing*. 2015; 25(1-2): 99-108
60. Nahuelquin CG. Competencias profesinales en enfermeiras que desempeñan su labor em uma unidad de cuidados intensivos. *Revista Iberoame de educación e investigación em enfermeira*. 2015; 5(1):35-46.
61. Kennedy, BW. Competency assessment for trainees. *Lab Anim (NY)*. 2015. Jan; 44(1):39.
62. Lima VV, Feuerwerker LCM, Padilha RQ, Gomes R, Hortale VA. Ativadores de processos de mudança: uma proposta orientada à transformação das práticas educacionais e da formação de profissionais de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2015; 20(1): 279-288.
63. Santos PM, Manfroi MN, Figueiredo JP, Brasil VZ, Marinho A. Formação profissional e percepção de competencias de estudantes de educação física: uma reflexão a partir da disciplina de esportes de aventura na natureza. *Rev. Educ. Fís/UEM*. 2016; 26(4): 529-540.
64. Zanoni CS, Haddad MCL, Rossaneis MA, Vannuchi MTO, Gvozd R. Contribuições da residência em enfermagem na atuação profissional de egressos. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina*. 2015; Ago 36(1): 215-224.
65. Fater KH, Weatherfor B, Ready RW, Finn K, Tangney B. Expanding nurse of the future nursing core competencies across the academic-practice transition: a pilot study. *J Contin Educ Nurs*. 2014. Aug; 45(8): 366-72.

66. Fountain RP, Toone AR, Deal BJ. Nurse educator perceptions of faith-based organizations for service-learning. *J Christ Nurs.* 2016 Apr-Jun; 33(2): 102-107.
67. Auedl GK, Bernardinol E, Peresl AM, Lacerdal MR, Dallairell C, Ribasl EN. Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. *Rev Bras Enferm.* 2016 jan-fev; 69(1):142-9.
68. Menegaz JC, Backes VMS. Education for the unified health system: what do good professors do from the perspective of students? *Invest Educ Enferm.* 2015; 33(3): 500-508.
69. Braga EM, Silva MJP. Comunicação competente- visão de enfermeiros especialistas em comunicação. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(4):410-4.
70. Ortega AP, Silva RP, Medina VR. Comunicación y coordinación en enfermería en una institución de salud de alta complejidad en Cartagena. *Av Enferm.* 2016 ene-abr; 34(1):19-29.
71. Oliveira KRE, Braga EM. O desenvolvimento das habilidades comunicativas e a atuação do professor na perspectiva do aluno de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2016; 50(n.esp):032-038
72. Bosquetti LS, Braga EM. Reações comunicativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio curricular. *Rev Esc Enferm USP.* 2008; 42(4):690-696.
73. Medeiros CCBM, Medeiros AJ, Reis MKS, Santos CI, Alves MSCF. As implicações das práticas pedagógicas no desenvolvimento das competências. *Revista Ciência Plural.* 2015; 1(1): 30-9.
74. BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil.* 12 jan 2007.
75. Kleba ME, Colliselli L, Dutra AT, Müller ES. Trilha interpretativa como estratégia de educação em saúde: potencial para o trabalho multiprofissional e intersetorial. *Interface comum. saúde educ.* 2016 jan-mar; 20(56): 217-226.
76. Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sci.* 2015; 40(3):229-233.
77. Evangelista VC, Domingos TS, Siqueira FPC, Braga EM. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. *Rev Bras Enferm.* 2016 nov-dez; 69(6):1099-107.
78. Aredes MA, Bahia LA, Silva CSMC, Aragão D, Mello R. A comunicação entre a equipe de saúde em uma clínica cirúrgica: o olhar dos profissionais de um programa de residência multiprofissional em saúde. *J. res.: fundam. care. online* 2013. out./dez [Acesso em 12 de out 2016]; 5(4):458-66. Disponível em: file:///C:/Users/computador/Downloads/1718-16125-1-PB.pdf

79. Myers CT, O'Brien SP. Teaching interprofessional collaboration: using online education across institutions. *Occup Ther Health Care*. 2015 apr; 29(2): 178-85, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da Pesquisa de Mestrado, intitulado: **COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO NA PRÁTICA DA PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**. O estudo será realizado pela pesquisadora responsável, mestranda Leticia Seltenreich do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual Paulista, orientada pela pesquisadora Prof^a Dr^a Eliana Mara Braga. O objetivo deste estudo é relacionar a prática do enfermeiro na preceptoria da residência multiprofissional em saúde com a sua compreensão das competências profissionais necessárias para atuar na área.

Sua participação nesta pesquisa será voluntária e consistirá em participar de uma entrevista com duração aproximada de 20 minutos e responder a um questionário estruturado relacionado as competências da preceptoria. Esta pesquisa não apresenta nenhum tipo de risco para o participante. Garantimos o sigilo de seus dados de identificação primando pela privacidade e por seu anonimato. Manteremos em arquivo, sob nossa guarda, por 5 anos, todos os dados e documentos da pesquisa. Você tem a liberdade de optar pela participação na pesquisa e retirar o consentimento a qualquer momento, sem nenhum ônus.

Este Termo será rubricado em todas as folhas e assinado em duas vias, permanecendo uma com você e a outra deverá retornar ao pesquisador. Abaixo, seguem os contatos dos pesquisadores. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através dos telefones 3880-1608 e 1609, no horário das 8.00 as 11.30 e das 13.30 às 17.00 horas de segunda a sexta feira.

Nome do pesquisador professor: Eliana Mara Braga
E-mail institucional do pesquisador professor: elmara@fmb.unesp.br
Assinatura do pesquisador professor: _____
Nome do pesquisador: Leticia da Silva Seltenreich
E-mail do pesquisador responsável: leselten@hotmail.com
Assinatura do pesquisador: _____

Local e data: _____, _____ de _____ de 20__

Declaro que li o TCLE, concordo e aceito participar da pesquisa proposta:

Assinatura do participante: _____

Pesquisadora: Leticia da Silva Seltenreich. Rua Peixoto Gomide, 208, São Paulo/SP. Fone (11)948652194
Professor Pesquisador: Eliana Mara Braga. Departamento de Enfermagem FMB/Botucatu. Fone (14)38801296

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ADAPTADO PARA A APLICABILIDADE DAS
COMPÊTÊNCIAS NA PRECEPTORIA

**QUESTIONÁRIO ADAPTADO PARA A APLICABILIDADE DAS
COMPETÊNCIAS NA PRECEPTORIA**

1-1

Entrevistado n: _____

Responda o questionário abaixo de acordo com a sua prática como preceptor da residência multiprofissional em saúde da FMB

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Identifico-me com as atividades educativas					
2. Proporciono ao estudante conhecimento e experiências necessárias à sua formação profissional					
3. Acompanho ao estudante para que esse tenha segurança em suas condutas, visando a tomada de decisão					
4. Estimulo o estudante no exercício da problematização, identificando o problema e buscando soluções práticas e viáveis					
5. Sou capaz de reconhecer oportunidades de aprendizado para o estudante					
6. Compartilho com o estudante sua experiência prática em relação à realidade da comunidade onde trabalha					
7. Auxilio o estudante na construção de estratégias de ação					
8. Estimulo a articulação teoria e prática, enfatizando a dinâmica, a diversidade e a singularidade das situações do campo					
9. Avalio o profissional em formação, repensando a dinâmica adotada e propondo novas intervenções					
10. Trabalho com motivação a fim de desenvolver as perspectivas junto aos estudantes.					
11. Conheço minhas atribuições profissionais, orientando o estudante quanto a elas					

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
12. Incentivo o estudante no comprometimento com a equipe de saúde, o serviço e o SUS					
13. Comprometo-me com as propostas de formação desenvolvida no serviço					
14. Colaboro para a integração docente-assistencial					
15. Atuo profissionalmente, reconhecendo-me como modelo para o estudante					
16. Conduzo as atividades com ética					
17. Demando do estudante a responsabilidade pela atenção à saúde, tendo o usuário como foco					
18. Identifico-me com o trabalho em saúde coletiva					
19. Compreendo o SUS e aplico seus princípios					
20. Situo estudante com o SUS					
21. Instigo o estudante à reflexão para o pensamento crítico					
22. Compreendo as políticas de saúde					
23. Demonstro capacidade técnica para orientar o estudante					
24. Supervisiono e organizo o serviço para o bom desenvolvimento do trabalho.					
25. Insiro o estudante no campo de estágio					
26. Exerço liderança junto à equipe de trabalho para o desenvolvimento de atividades da unidade e na comunidade					
27. Articulo as atividades assistências com as de preceptoria					
28. Percebo as demandas institucionais do serviço de saúde e ajudo o estudante a compreendê-las					
29. Realizo o acolhimento, priorizando o atendimento					

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
30. Realizo atendimento humanizado, adequando a minha conduta a satisfação do usuário					
31. Realizo consulta profissional, buscando resolubilidade na atenção à saúde.					
32. Solicito do usuário comprometimento com a promoção de sua saúde					
33. Sou capaz de interagir com estudantes e preceptores de outros cursos, desenvolvendo atividades conjuntas e complementares.					
34. Estimulo o estudante para o trabalho em equipe multiprofissional					
35. Demonstro flexibilidade em minhas condutas					
36. Comunico disponibilidade para atender o estudante					
37. Escuto, acolho e apoio o estudante, proporcionando espaço para suas manifestações, transformando-as em alternativas					
38. Utilizo da comunicação como maneira de permitir o aprendizado					
39. Conheço os usuários do serviço e oriento o estudante sobre os problemas e necessidades da população					
40. Utilizo do vínculo com o usuário para gerar compromisso com a sua saúde					
41. Reconheço o potencial entre setores, na resolução de problemas, e para o desenvolvimento de atividades junto ao usuário					
42. Busco capacitação na minha área de atuação					
43. Reconheço o tempo de experiência profissional como recurso importante na condução da preceptoria					

Fonte: Rodrigues e Witt, 2013.

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Entrevistado n:

Data da coleta das informações:

Hora de Início:

Hora de Término:

1. Caracterização dos participantes

1.1 Idade:

1.2 Gênero:

1.3 Tempo de formação profissional:

1.4 Tempo de atuação na instituição:

1.5 Área de atuação:

1.6 Tempo de atuação na área:

1.7 Titulação e especializações:

2. Questões:

1) Fale-me do seu dia-a-dia como preceptor da residência multiprofissional em saúde.

2) De acordo com as competências do enfermeiro (tomada de decisão, liderança, comunicação, administração, atenção à saúde e educação) comente sobre a aplicação dessas competências no seu dia-a-dia na preceptoría com os residentes.

