



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - UEPA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM SAÚDE NA
AMAZÔNIA



JORGE CARLOS MENEZES NASCIMENTO JÚNIOR

**A Formação de Residentes sob o Olhar dos Preceptores da
Área de Fisioterapia em um programa de Residência
Multiprofissional no Interior da Amazônia**

BELÉM

2017

JORGE CARLOS MENEZES NASCIMENTO JÚNIOR

**A Formação de Residentes sob o Olhar dos Preceptores da
Área de Fisioterapia em um programa de Residência
Multiprofissional no Interior da Amazônia**

Dissertação de Mestrado apresentado
como requisito parcial para a obtenção
do grau de Mestre no Programa de
Pós-Graduação Mestrado Profissional
Ensino em Saúde na Amazônia.
Orientadora: Dra. Edna Ferreira Coelho
Galvão
Co-orientador: Dr. Rodrigo Luís
Ferreira da Silva

BELÉM

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

N241f Nascimento Junior, Jorge Carlos Menezes

A formação de residentes sob o olhar dos preceptores da área de fisioterapia em um programa de Residência Multiprofissional no Interior da Amazônia / Jorge Carlos Menezes Nascimento Junior. Belém, 2017.

101fls; il; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Ensino em Saúde na Amazônia) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 2017.

Orientadora: Dra. Edna Ferreira Coelho Galvão

Co-orientador: Dr. Rodrigo Luís Ferreira da Silva

1. Educação médica. 2. Especialização. 3. Preceptorial. I. Galvão, Edna Ferreira Coelho. (orient.). II. Título

CDD. 21^o ed 610.7

JORGE CARLOS MENEZES NASCIMENTO JÚNIOR

**A Formação de Residentes sob o Olhar dos Preceptores da Área de
Fisioterapia em um programa de Residência Multiprofissional no Interior
da Amazônia**

**Dissertação de Mestrado apresentado
como requisito parcial para a obtenção
do grau de Mestre no Programa de
Pós-Graduação Mestrado Profissional
Ensino em Saúde na Amazônia.
Orientadora: Dra. Edna Ferreira Coelho
Galvão
Co-orientador: Dr. Rodrigo Luís
Ferreira da Silva**

Data da Aprovação: 01/12/2017

Banca Examinadora

_____ - Orientadora
Profa. Dra. Edna Ferreira Coelho Galvão
Universidade do Estado do Pará UEPA

_____ - Membro
Prof. Dr. Robson José de Souza Domingues
Universidade do Estado do Pará

_____ - Membro
Prof. Dr. Renato da Costa Teixeira
Universidade do Estado do Pará

_____ - Membro
Prof. Dr. Juarez Bezerra Galvão
Universidade Federal do Oeste do Pará

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por todas as oportunidades que percorreram meu caminho.

À minha família, minha mãe Vane, meu pai Jorge, minha tia Conceição e minha prima Carla, pela educação que me proporcionaram. Minha esposa Diany, pelo apoio nesse trajeto e pela compreensão nos momentos de ausência, e meu filho João, pelo carinho e por representar o sentido dessa conquista.

À minha orientadora, professora Edna Galvão, por aceitar enfrentar comigo essa jornada e por me orientar em todo esse percurso do Mestrado.

Aos meus amigos e colegas de Mestrado Átila, Gabriela e Vivaldo, que dividiram comigo os momentos de alegria e também os momentos difíceis desse Mestrado.

Aos queridos professores do ESA Robson Domingues e Renato Teixeira, por toda a atenção e carinho que sempre tiveram com os mestrandos de Santarém.

À Universidade do Estado do Pará, por me oportunizar uma graduação e agora uma pós-graduação.

Não sou nada.

Nunca serei nada.

Não posso querer ser nada.

À parte isso, tenho em mim todos os
sonhos do mundo.

Álvaro de Campos (Heterônimo de
Fernando Pessoa)

RESUMO

INTRODUÇÃO: As Residências Multiprofissionais foram implementadas no Brasil na década de 1970, mas apenas no ano de 2005, com a lei federal nº 11.129, foram regulamentadas na área da saúde no formato Lato Sensu. Os programas de residência giram em torno de três figuras essenciais, o paciente, o residente e o preceptor, sendo este último o responsável pela formação profissional, ética e humanista do residente. O preceptor é o profissional que está inserido no seu ambiente de trabalho e que auxilia o especializando no desenvolvimento de suas habilidades clínicas, cabendo também a este o papel de avaliar o profissional em formação, o que faz com que a visão dos preceptores sobre a formação dos residentes tenha grande importância. **OBJETIVOS:** O objetivo dessa pesquisa é analisar a percepção dos preceptores acerca da formação profissional dos residentes de fisioterapia em um programa de residência multiprofissional em saúde. **MÉTODO:** A abordagem utilizada é qualitativa, pois esta modalidade de pesquisa busca a visão dos pesquisados, suas percepções e experiências, seus pontos de vista e busca significados para essas informações. Os participantes da pesquisa foram 14 preceptores da área de Fisioterapia do programa de Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Traumatologia e Ortopedia, que é desenvolvida no Hospital Regional do Baixo Amazonas Dr. Waldemar Penna (HRBA). Os participantes responderam a uma entrevista estruturada com sete questões abertas, e falaram de forma livre a fim de expressar integralmente suas opiniões acerca das perguntas propostas. As entrevistas foram gravadas e transcritas e a análise dos dados obedece à técnica denominada Análise de Conteúdo, onde as informações foram tratadas por Categorização e Subcategorização, seguindo os princípios da Repetição e Relevância. Para análise dos textos, as transcrições foram processadas no software Iramuteq, utilizando o recurso conhecido como Classificação Hierárquica Descendente, e foram conhecidas as principais Classes de Palavras assim como as Unidades de Referência que serviram para a Análise de Conteúdo. **RESULTADOS:** Os entrevistados demonstraram a importância do curso para a região do Baixo Amazonas e ressaltaram a grande oportunidade que os profissionais da área da saúde têm para se aperfeiçoar, sem ter que deixar a cidade, além do desenvolvimento regional provocado pelo programa de residência. Por outro lado, expressaram preocupação com a organização do programa e com a falta de valorização dos preceptores, justificando, porém, esses problemas, com o pouco tempo de implantação da pós-graduação.

Palavras-chave: Especialização. Hospitais de Ensino. Internato não Médico. Educação em Saúde. Preceptoría.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Multiprofessional Residences were implemented in Brazil in the 1970s, but only in 2005, under federal law nº 11.129, were regulated in the health area in the Lato Sensu format. The residence programs revolve around three essential figures, the patient, the resident and the preceptor, being the latter responsible for the professional formation, ethical and humanistic of the resident. The preceptor is the professional who is inserted in his work environment and who assists the specializing in the development of his clinical abilities, being also responsible for this the role of evaluating the professional in formation, what makes the vision of the preceptors about the formation of residents have a great importance. **AIM:** The purpose of this research is analyze the perception of preceptors about the professional training of physical therapy residents in a multiprofessional residency program in health. **METHOD:** The approach used is qualitative, because this research modality seeks the view of respondents, their perceptions and experiences, their points of view and search for meanings for this information. The participants of the research were 14 preceptors of the Physical Therapy area of the Multiprofessional Residency Program in Integral Attention in Traumatology and Orthopedics, which is developed at the Regional Hospital of Baixo Amazonas Dr. Waldemar Penna (HRBA). Participants responded to a structured interview with seven open questions, and spoke freely to fully express their views on the proposed questions. The interviews were recorded and transcribed and the analysis of the data obeys the model called Content Analysis, where the informations was treated by Categorization and Subcategorization and following the principles of Repetition and Relevance. For the analysis of the texts, the transcripts were processed in the Iramuteq software, using the resource known as Descending Hierarchical Classification, and the main Classes of Words were known as well as the Reference Units that will be used for Content Analysis. **RESULTS:** The interviewees demonstrated the importance of the course for the Lower Amazon region and highlighted the great opportunity that health professionals have to improve, without having to leave the city, besides the regional development provoked by the residence program. On the other hand, they expressed concern about the organization of the program and the lack of appreciation of the preceptors, justifying, however, these problems, with the short time of implementation of the graduate program.

Key-words: Specialization. Hospitals, Teaching. Internship, Nonmedical. Health Education. Preceptorship.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURA 1 – EXEMPLO DE DENDOGRAMA FORNECIDO PELO SOFTWARE IRAMUTEQ. 41
- FIGURA 2 – CORPUS COLORIDO FORNECIDO PELO SOFTWARE IRAMUTEQ, ORGANIZADO EM PROCESSADOR DE TEXTO PELO AUTOR. 42
- FIGURA 3 – NUVEM DE PALAVRAS FORNECIDO PELO SOFTWARE IRAMUTEQ. 42
- FIGURA 4 – IMAGEM ADAPTADA DO IRAMUTEQ AGREGANDO O DENDOGRAMA E A NUVEM DE PALAVRAS E NOMEANDO AS CLASSES. 43
- FIGURA 5 – GRÁFICO REALIZADO A PARTIR DA ANÁLISE DE ESPECIFICIDADES DO SOFTWARE IRAMUTEQ. 43
- FIGURA 6 – DENDOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CHD) DO CONTEÚDO ANALISADO PELO *CORPUS* “COMO VOCÊ VÊ O PROGRAMA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS?” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS. 45
- FIGURA 7 – GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO *CORPUS* “COMO VOCÊ VÊ O PROGRAMA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS?”, DESTACANDO χ^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES. 49
- FIGURA 8 – DENDOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CHD) DO CONTEÚDO ANALISADO PELO *CORPUS* “QUAL A SUA PERCEPÇÃO ACERCA DA QUALIDADE DA FORMAÇÃO DOS RESIDENTES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS?” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS. 51
- FIGURA 9 – GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO *CORPUS* “QUAL A SUA PERCEPÇÃO ACERCA DA QUALIDADE DA FORMAÇÃO DOS RESIDENTES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS?”, DESTACANDO χ^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES. 54

- FIGURA 10 – DENDOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CHD) DO CONTEÚDO ANALISADO PELO *CORPUS* “NA SUA OPINIÃO, O QUE FAZ DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL UM CURSO DE QUALIDADE?” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS. 56
- FIGURA 11 – GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO *CORPUS* “NA SUA OPINIÃO, O QUE FAZ DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL UM CURSO DE QUALIDADE?”, DESTACANDO χ^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES. 60
- FIGURA 12 – DENDOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CHD) DO CONTEÚDO ANALISADO PELO *CORPUS* “QUAIS AS SUAS EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS RESIDENTES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL?” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS. 61
- FIGURA 13 – GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO *CORPUS* “QUAIS AS SUAS EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS RESIDENTES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL?”, DESTACANDO χ^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES. 65
- FIGURA 14 – DENDOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CHD) DO CONTEÚDO ANALISADO PELO *CORPUS* “PARA VOCÊ, QUAL O PERFIL DE UM BOM PROFISSIONAL FORMADO POR UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE?” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS. 66
- FIGURA 15 – GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO *CORPUS* “PARA VOCÊ, QUAL O PERFIL DE UM BOM PROFISSIONAL FORMADO POR UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE?”, DESTACANDO χ^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES. 69
- FIGURA 16 – DENDOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CHD) DO CONTEÚDO ANALISADO PELO *CORPUS* “QUAL SUA OPINIÃO SOBRE A INTEGRAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DO HRBA?” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS. 71
- FIGURA 17 – GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO *CORPUS* “QUAL SUA OPINIÃO SOBRE A INTEGRAÇÃO ENTRE TEORIA

E PRÁTICA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DO HRBA?”, DESTACANDO χ^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES. 74

FIGURA 18 – DENDOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CHD) DO CONTEÚDO ANALISADO PELO *CORPUS* “PARA VOCÊ, O QUE DEVERIA SER INCLUÍDO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA A FIM DE APRIMORAR A FORMAÇÃO DOS RESIDENTES?” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS. 75

FIGURA 19 – GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO *CORPUS* “PARA VOCÊ, O QUE DEVERIA SER INCLUÍDO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA A FIM DE APRIMORAR A FORMAÇÃO DOS RESIDENTES?”, DESTACANDO χ^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES. 79

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 COMO SURTIU O TEMA	14
1.2 O OBJETO DE ESTUDO	15
2 OBJETIVOS	18
2.1 GERAL	18
2.2 ESPECÍFICOS	18
3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL	19
4 OS CURSOS DE RESIDÊNCIA: UMA NOVA PERSPECTIVA DE PÓS GRADUAÇÃO LATO SENSU	23
4.1 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SANTARÉM/PA E O PAPEL DOS PRECEPTORES	27
5 CAMINHOS METODOLÓGICOS	32
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	32
5.2 LOCAL E PARTICIPANTES DA PESQUISA	33
5.3 COLETA DE DADOS	34
5.4 ANÁLISE DOS DADOS	36
5.4.1 Uso de softwares nas pesquisas qualitativas	38
5.4.2 Iramuteq	40
5.4.3 O iramuteq nessa pesquisa	41
5.4.4 O paralelo entre os métodos qualitativos e quantitativos e os números nessa pesquisa	44
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
7 PRODUTO	81
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
9 REFERÊNCIAS	92
10 APÊNDICES	98
A - Roteiro da entrevista direcionado aos preceptores	98
B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (preceptor)	99
11 ANEXOS	101
A - Parecer consubstanciado do CEP	101

1 INTRODUÇÃO

No mundo em que as mudanças ocorrem em ritmo acelerado, em que o discurso da educação passa pela aprendizagem significativa e ativa, em que a quebra de velhos paradigmas é inevitável, o aperfeiçoamento deve ser contínuo. Quem para no tempo é engolido pela enxurrada de informações que são produzidas a todo momento. Como acompanhar tal evolução em igual velocidade?

No cenário educacional vários discursos colocam nos procedimentos tecnológicos a responsabilidade pela qualificação do processo ensino-aprendizagem. Diante disso, as Metodologias Ativas surgem como alternativa para a superação da “educação bancária”, que vai sendo gradativamente substituída por métodos ativos, que tiram do professor o papel de mero transmissor de informações e o coloca como facilitador e instigador dos alunos, em uma busca contínua de construção do conhecimento (FREIRE, 2005).

No âmbito da graduação e pós-graduação, inúmeras são as experiências com o uso das metodologias ativas, estabelecendo uma relação mais horizontal entre os diferentes atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, atribuindo importância a todos no planejamento e desenvolvimento de um curso.

Um grande esforço nesse sentido, são as alterações que tem ocorrido nos últimos anos nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação no âmbito da saúde. O uso das metodologias ativas é estimulado com vista a mudança do perfil do egresso. Contudo, não há como transformar o ensino superior nos dias de hoje sem discutir os processos e respeitar a opinião dos alunos, dos professores, da sociedade, dos residentes e dos preceptores, e de todos os que participam direta e indiretamente da educação superior no país.

Alguns estudos foram produzidos (TRAJMAN et al, 2009; CLEMENTE et al, 2008; FONSECA e JUNQUEIRA, 2014) explorando esta temática nos programas de pós-graduação, em especial as residências médicas e multiprofissionais, mas existe uma lacuna quando o tema se volta para compreender o que pensa o preceptor sobre a formação dos residentes.

As Residências Multiprofissionais em Saúde existem no Brasil desde a década de 70 do século XX, contudo, segundo Guimarães (2010) a lei Nº 11.129

que normatizou sua oferta nas diferentes instituições data do ano 2005. O artigo 13 desta lei, qualifica as Residências Multiprofissionais como modalidade de pós-graduação Lato Sensu, destinando-as às categorias profissionais da área da saúde, exceto a medicina, pois esta já possuía regulamentação própria (BRASIL, 2005).

As intensas e constantes transformações nas demandas sociais fizeram com que os Ministérios da Saúde e da Educação unissem forças, afim de garantir um profissional de saúde com perfil mais adequado às reais necessidades da comunidade. Essa colaboração técnica veio através da Portaria Interministerial 2118, de novembro de 2005, visando a formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 2005). Segundo Clemente *et al* (2008), já no ano de 2005, o Ministério da Saúde financiava 22 programas de residência multiprofissional e possuía cerca de 1558 residentes de diversas categorias profissionais.

Desde então, o número de Residências Multiprofissionais na área da saúde vem crescendo e expandindo junto com a construção de novos hospitais e a interiorização dos cursos de graduação na saúde. Vale destacar que muitos dos novos hospitais foram inaugurados com a perspectiva de não exercer uma função meramente assistencial, mas com a intenção de tornar-se hospitais-escola, abrigando estágios e programas de residência médica e multiprofissional, mediante incentivos financeiros generosos que superam um mero título, mas que acabam beneficiando a assistência, o ensino e a sociedade em geral. A residência hoje é um espaço que permite a troca de saberes e experiências, contribuindo com a valorização de todos os que atuam ou se beneficiam da mesma, como residentes, preceptores, tutores e usuários (BARROS, 2010).

Elas visam a qualificação/especialização do profissional mediante a ação no ambiente próprio de atuação, estimulando a reflexão, a solução de problemas, os debates interdisciplinares dos diferentes casos, a pesquisa, etc. Todo esse processo visa transformar os alunos em futuros profissionais mais humanizados e ativos, que busquem o conhecimento de forma continuada e que se preocupem cada vez mais com as principais demandas da sociedade.

No contexto na Residência Multiprofissional, temos como uma das principais atividades a preceptoria, que é a nomenclatura utilizada para designar a atividade do preceptor. O preceptor, por sua vez, é o profissional que oferece

treinamento prático, tanto a graduandos quanto a recém graduados da área da saúde, dentro dos ambientes de saúde. Seu papel vai além de orientar a prática dos alunos, e passa pela construção de um perfil voltado para os princípios do SUS (DIAS et al, 2015).

1.1 COMO SURTIU O TEMA

Essa pesquisa surge de um anseio pessoal desenvolvido durante minha prática como Preceptor em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Além da minha função como Fisioterapeuta assistencial das unidades de internação em um hospital público, agrego a essa função o cargo de Preceptor.

Inúmeras são as dificuldades encontradas na conciliação das funções assistencial e de preceptoria. A falta de tempo, a falta de preparo e a falta de diálogo são problemas que permeiam o dia-a-dia dos profissionais Fisioterapeutas, que acumulam a função de preceptor da Residência. Durante a fase de implantação do programa de Residência, recebemos um treinamento em uma jornada que durou aproximadamente uma semana, com facilitadores experientes e que vieram da capital do Estado. Após a implantação, o quadro de profissionais mudou no hospital, mas nenhum outro treinamento foi oferecido aos preceptores, no sentido de instruí-lo sobre a dinâmica de funcionamento de um programa de Residência e sobre seu próprio papel enquanto preceptor, do papel dos residentes no programa e sobre os benefícios em exercer a preceptoria, o que passa a ideia de mero acúmulo de função.

Aproximadamente um ano após a implantação do programa de Residência, uma pós-graduação foi ofertada em Santarém, na modalidade EAD, pelo Ministério da Saúde em Parceria com o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, com algumas vagas destinadas ao Hospital Regional do Baixo Amazonas. Após um processo de seleção, iniciou o curso que focava em Metodologias Ativas e novas tecnologias no processo educacional. Tive a oportunidade de participar desse curso, porém, poucos preceptores fisioterapeutas tiveram essa oportunidade. Como também exerço atividade docente como Professor Substituto na Universidade do Estado do Pará em Santarém, tive uma visão diferenciada desse processo, percebi um enorme distanciamento entre a Preceptoria e a prática docente.

Poucas são as reuniões onde os preceptores são convidados a contribuir com o planejamento da Residência. Todo o planejamento, conteúdos a serem abordados, sistema de rodízio entre setores e outros tópicos, parte da Universidade, negligenciando a opinião de quem mais tempo passa com os discentes, o Preceptor. Como pode esse ator tão importante ficar de fora das principais decisões acerca do curso? Como se sentem os Preceptores, qual sua visão sobre o programa? Diante deste contexto, este estudo tem a intenção de aprofundar o olhar na relação preceptor e residente, na tentativa de compreender como o preceptor se entende no processo de formação dos residentes em um programa de Residência Multiprofissional no Interior da Amazônia Brasileira.

1.2 O OBJETO DE ESTUDO

A Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia foi implantada no Hospital Regional do Baixo Amazonas em Santarém, no interior do Estado do Pará em março de 2013, após ser aprovada através da Resolução Nº 269, de 17 de setembro de 2012, através de uma parceria entre a Universidade do Estado do Pará, unidade formadora, e o Hospital Regional do Baixo Amazonas Dr. Waldemar Penna, unidade executora (PARÁ, 2012).

A proposta de implantação de uma residência multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia na região do Baixo Amazonas, mais especificamente, no município de Santarém, no Estado do Pará, veio em decorrência do alto índice de acidentes de trânsito, envolvendo principalmente condutores de motos, gerando lesões traumato-ortopédicas graves, temporárias e permanentes. Esta realidade exigiu um grupo de profissionais da saúde com competências específicas para atuar neste contexto.

A residência teve início em março de 2013 com o acolhimento de residentes das seguintes categorias profissionais: Assistência Social, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Psicologia e Terapia Ocupacional. Hoje o programa já possui duas turmas formadas e duas em andamento, sendo a área da Fisioterapia a que possui o maior contingente de vagas.

O Hospital Regional do Baixo Amazonas conta também com programas de residência médica, inclusive em Traumatologia e Ortopedia, além de

funcionar como local de estágio para diversos cursos de graduação, recebendo inclusive, em 2014, o título de Hospital de Ensino, através da Portaria Interministerial Nº 1.214 de 30 de maio de 2014 (BRASIL, 2014).

Nos programas de residência os técnicos dos serviços, que atuam no hospital, tornam-se preceptores, muitas vezes sem ter qualquer capacitação ou maior entendimento acerca do trabalho que vão desenvolver. No município de Santarém a realidade não foi diferente. Poucos são os estudos que tem privilegiado a compreensão/reflexão deste contexto, em especial a relação entre preceptor e residentes dentro dos programas de residência multiprofissional. O que se percebe são poucos investimentos em pesquisa que abarquem desde os aspectos legais até temas como a satisfação dos preceptores e dos residentes, ou a opinião dos mesmos acerca de seus papéis ou a qualidade da formação nestes programas.

Essa escassez de informações constitui uma fronteira a ser ultrapassada, tendo em vista a necessidade de abrir caminho para a investigação e reflexão da formação no âmbito das residências, com vias o aprimoramento do processo de ensino-aprendizagem dentro dos programas de pós-graduação nessa modalidade.

Neste sentido, o objetivo dessa pesquisa é analisar a opinião dos preceptores sobre a qualidade da formação dos Residentes e suas expectativas, além de conhecer o que consideram importante nessa formação. A configuração do problema de estudo assim se apresenta: como os preceptores veem a formação profissional dos residentes no programa de residência multiprofissional?

A perspectiva é romper a fronteira do conhecimento e agregar valor aos processos educacionais, contribuindo para o constante aperfeiçoamento dos profissionais envolvidos e, conseqüentemente, gerar serviços de melhor qualidade, tanto na assistência quanto na educação, beneficiando toda a sociedade.

Neste trabalho, abordamos elementos que se fazem presentes no contexto da Residência Multiprofissional, como o papel dos preceptores e residentes e a relação entre os atores da residência, além do contexto histórico das Residências Multiprofissionais no Brasil e os novos desafios desses cursos para atender às necessidades do SUS. Falamos também sobre a Pesquisa

Qualitativa e sobre uma inovação que auxilia nas análises qualitativas, o uso de softwares, em especial o Iramuteq. Por fim, discutimos as relações entre os atores da Residência Multiprofissional em Saúde na área de Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia, a partir da visão dos preceptores.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar a percepção dos preceptores acerca da formação profissional dos residentes de fisioterapia em um programa de residência multiprofissional em saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- Levantar o que pensam os preceptores acerca do programa de residência multiprofissional na área da saúde.
- Interpretar a percepção dos preceptores sobre a qualidade da formação profissional dos residentes.
- Compreender as expectativas dos preceptores da residência multiprofissional sobre a formação profissional dos residentes.
- Apreender o que os preceptores acreditam ser importante na formação dos residentes.

3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL

A Constituição Brasileira de 1988, segundo Amaral, Pontes e Silva (2014) estruturou em seu conteúdo o novo conceito de saúde baseado no Movimento de Reforma Sanitária no Brasil, que possuía como base norteadora os princípios da determinação social no contexto de saúde e doença. Os autores revelam que tal reformulação exigiu a reorganização dos serviços de saúde, assim como, na formação dos profissionais engajados no SUS, cuja base deveria estar enraizada na equidade, universalidade e integralidade da atenção. Em se tratando da formação em saúde brasileira, os autores apontam ainda para a desarmonia existente entre as necessidades de saúde da população e a formação em saúde no Brasil, sendo esta uma barreira a ser superada, com a formação de profissionais capazes de modificar tal realidade.

Em sua abordagem, Miranda (2010) concorda com Amaral, Pontes e Silva (2014) quando argumenta a respeito da formação dos profissionais de saúde, que segundo a autora, se desvenda historicamente no molde medicalizante, biologicista e procedimento-centrada, onde o modelo pedagógico repousa na organização de conteúdos instituídos de forma compartimentada e, por consequência, culmina na fragmentação de pessoas em diversas especialidades clínicas, estimulando a especialização precocemente.

Para Miranda (2010), a Reforma Sanitária fortaleceu a aversão ao modelo de formação biologicista e por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) exige do ensino em saúde o dever de contemplar, em sua formação, os princípios e diretrizes do SUS em vista da resolutividade das necessidades de saúde dos indivíduos atendidos na saúde pública, o que significa dizer que o processo educacional deve romper com os muros da racionalidade, tecnicismo científico e, segundo Bordieu (2000), persistir na sobrevivência no contexto de disputas de interesses que permeiam o campo científico.

Miranda (2010) conclui suas análises ao mencionar o dever social da formação em saúde, que é defender a necessidade da união entre ensino, serviço e participação social da comunidade, com intuito de não educar por educar, mas sim de promover a educação em saúde em prol de conquistas biopsicossociais. Tonet (2005) cita em sua obra a responsabilidade da educação como instrumento de luta social a partir da formação de uma consciência crítica

mais engajada com os problemas sociais. Para o autor, é imprescindível o conhecimento do processo histórico no qual os objetos de estudo fazem parte assim como dominar com profundidade o conhecimento de cada conteúdo que se deseja abordar, para que assim seja possível articular as práticas educativas com as lutas sociais. Para Tonet (2005) o importante é o despertar da consciência crítica, a valorização da subjetividade e o reconhecimento de cada ator como um ser sócio-histórico, a fim de promover mudanças no cenário educacional.

Freitas, Kovalesk, Boing (2005) ressaltam que existe a precarização de discussões que apontem como seria a configuração teórica e operacional de uma nova formação em saúde a partir de novos enfoques. Estes autores concordam com Pires e Bueno (2009), ao reconhecerem a lacuna de discussão sobre aspectos como a abordagem holística, o contexto sócio-cultural e o tratamento humanizado defendido pelo olhar freireano. Ao defenderem a ótica freireana, Freire (2005) e Pires (2008) trazem como pilar dessa abordagem os diálogos entre os indivíduos, a resignificação do que é ensino e aprendizagem, agora como ato político e transformador do mundo, a educação com olhar crítico e social da realidade e das relações humanas, e o enfoque na discussão sobre humanização.

Pereira (2011), relata que a mudança de mentalidade educacional que reflete no modo de interpretar e viver o processo saúde doença implica em uma cascata de mudanças na busca da reinvenção do olhar sobre a educação em saúde, dentre elas a transformação do conceito biomédico de saúde em um conceito biopsicossocial, reorganizando ideias e passando a valorizar aspectos como a cultura e os saberes de cada população. Ainda para Pereira (2011), o olhar atento a respeito da subjetividade permite a análise do movimento dos sentidos o que permite o questionamento das formas tradicionais de atuação. A lente de aumento sobre a subjetividade, no momento da assistência à saúde, abre portas para a interpretação dos fenômenos corporais como elementos articulados com aspectos como a história e a cultura, e, conseqüentemente, geram a possibilidade da criação de resoluções criativas de políticas e práticas de atenção à saúde.

Nos caminhos históricos percorridos pela formação em saúde no Brasil, a mesma sofre influências de teorias disseminadas mundialmente, que há mais

de um século estão presentes no cenário educacional. A formação médica é o exemplo mais expressivo desse processo, pois se desenvolveu em meio a uma teoria que segundo Almeida Filho (2010), é chamada de modelo flexineriano, fruto do Relatório Flexner produzido pelo autor Abraham Flexner. Para Almeida Filho (2010), são encontrados diversos defeitos no modelo flexineriano, dentre eles a ótica biologicista e a formação clínica dentro de hospitais, sem a aproximação com a comunidade e ainda a divisão dos cursos em disciplinas, separadas e quase sem interligação. Em sua análise, o autor Almeida Filho (2010) aponta de forma pontual alguns aspectos que tornam o modelo flexineriano incoerente:

- Do ponto de vista pedagógico: moldado em bases hospitalocêntricas, individualistas e dotado de passividade e massificação do conhecimento;
- Do ponto de vista da prática em saúde: resulta na mercantilização da medicina, torna a educação superior elitizada e acarreta a privatização dos serviços e atenção em saúde;

Pagliosa e Ros (2008) corroboram com Almeida Filho (2010) ao elencarem as principais características do modelo flexineriano que influenciou a Educação Médica no Brasil e no mundo: Mecanicismo; biologicismo; individualismo; especialização; exclusão das práticas alternativas; tecnicismo no cuidado a saúde; exclusão de práticas alternativas e enfoque na prática curativa.

Segundo Furlanetto (2004), as raízes flexinerianas na educação médica deixaram máculas que perpassam o ensino nas academias e alcançam o atendimento ao usuário de saúde, no qual a relação entre médico-paciente se dá em torno da insatisfação daquele que possui o direito de usufruir de um tratamento humanizado: o paciente. O autor critica ainda, a ilusão criada na sociedade, de que o avanço da tecnologia, com a criação de equipamentos de auxílio ao diagnóstico e exames modernos, aliado às especializações, teriam o poder de curar os pacientes reduzindo o contato entre o médico e o paciente.

Foucault (2001) afirma que no decorrer do processo histórico da medicina esta assume a centralidade da atenção em saúde por meio do que o filósofo chamou de “hospital medicalizado”, que é fruto da disciplinarização desse espaço pela figura dos médicos. Lunardi Filho (2004) acrescenta Foucault (2001) quando afirma que a classe médica ao longo da história centralizou o

poder da atenção em saúde em suas mãos, e ao conquistarem influencia se intitularam e disseminaram a ideia de que era o serviço de maior importância no serviço em saúde, quando comparado ao trabalho de outros profissionais tratados como submissos às ordens médicas e estabelecendo uma relação de hierarquização.

Essa realidade vai de encontro ao que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pois Mendes et al (2011), cita que o SUS requer profissionais que estejam dispostos a levar em seu cotidiano as práticas pautadas nos princípios e diretrizes do SUS, de forma multi e interdisciplinar. A partir disso, Guimarães (2010) afirma que o SUS, como formador de recursos humanos, promoveu a interseção entre os Ministérios da Educação e Saúde na criação de Residências multiprofissionais como forma de perpetuar as conquistas obtidas pelo SUS que é fruto de lutas sociais advindas dos movimentos populares no contexto da Reforma Sanitária.

4 OS CURSOS DE RESIDÊNCIA: UMA NOVA PERSPECTIVA DE PÓS GRADUAÇÃO LATO SENSU

A primeira Residência instituída no Brasil corresponde à Residência Médica em 1945 no Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo voltada para a área de Ortopedia. Pasidziara (2013) relata que anos depois uma nova residência foi implantada no Hospital dos Servidores do estado do Rio de Janeiro, no qual abrangeu várias áreas da medicina, como Obstetrícia, Pediatria, Ginecologia, Clínica Médica e Clínica Geral (FERREIRA, 2007; PASIDZIARA, 2013).

Com o passar dos anos, o foco da atenção, abordado pelas Residências, assume caráter mais amplo. Em sua pesquisa, Galvão (2017) cita a Residência de Medicina Comunitária, estruturada no Rio Grande do Sul, com objetivo de uma formação integrada entre a saúde mental, clínica e pública. Sabendo que além das Residências médicas existem também as multiprofissionais, a autora cita que as Residências de caráter multiprofissional, desenvolvidas ao longo da história, são frutos do processo histórico em que o Movimento da Reforma Sanitária se apresenta como força de resistência à formação fragmentada e especializada dos saberes.

Apenas 30 anos após a criação da primeira Residência é que as Residências Multiprofissionais iniciam o processo de estruturação no cenário nacional para a qualificação de profissionais da saúde, aumentando a capacidade de análise e intervenção desses profissionais, constituindo-se uma nova prática, atendendo os princípios do SUS para atuação no modelo assistencial de saúde vigente no país (GALVÃO, 2017; PASIDZIARA, 2013).

Para Fonseca e Junqueira (2014), nos dias atuais é possível reconhecer os avanços na área da saúde no tocante a maior possibilidade de acesso que a constituem, mas os autores revelam que mesmo após tantas lutas e conquistas para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda são nítidos alguns limites, sobretudo, acerca do modelo de assistência, que hoje prioriza a integralidade da atenção. De acordo com os autores, a implantação do SUS e o movimento da Reforma Sanitária trazem consigo novas percepções em relação à promoção à saúde, é preciso desenvolver práticas inovadoras que possuam como base a integralidade na atenção.

Diante do exposto por Fonseca e Junqueira (2014), Brasil (2005) revela que uma das práticas inovadoras foi o pacto firmado entre Ministério da Saúde e da Educação no intuito de aperfeiçoar a formação do profissional da saúde, através do conceito de atenção multiprofissional embasada nos princípios e diretrizes do SUS. No contexto da formação em saúde, Fonseca e Junqueira (2014) concordam com Brasil (2005) ao citarem o desenvolvimento do Ensino Permanente em Saúde e a criação dos Programas de Residência Multiprofissional em 2005, como umas das principais estratégias pertencentes a formação em saúde.

A Lei Nº 11.129, em seu artigo 13, qualifica as Residências Multiprofissionais como modalidade de pós-graduação *Lato Sensu*, e as destina às categorias profissionais da área da saúde, excetuada a medicina, pois esta já possuía regulamentação própria (BRASIL, 2005). Esses programas estão distribuídos em vários Estados do país e possuíam configuração variada. As categorias profissionais incluídas e a ênfase de cada programa obedecem às demandas locais e aos projetos das instituições formadoras (CLEMENTE e MATOS, 2008).

A regulamentação das Residências Multiprofissionais no Brasil data do ano de 2005, e foi motivada pela necessidade de formação de profissionais de saúde mais preparados para atender aos princípios e diretrizes do SUS. Foi nesse contexto que os Ministérios da Saúde e Educação somaram forças para direcionar a implantação das Residências Multiprofissionais nesse novo contexto (BRASIL, 2005). Ainda para Clemente e Matos (2008), antes da regulamentação, as residências eram encontradas em vários estados e possuíam configurações direcionadas às necessidades de cada serviço de saúde onde estava incorporada. A partir da regulamentação em 2005, os cursos de Residência passaram a ter outro perfil, mais direcionado para a atenção Integral da assistência, atendendo ao princípio da integralidade do SUS (BRASIL, 2005).

As Residências Multiprofissionais geram oportunidade para os profissionais darem continuidade em sua formação, direcionada a uma área específica. Porém, para que a formação ocorra de forma a cumprir com os objetivos propostos pelos programas das Residências é necessária a integração Academia-Serviço, que se dá pela articulação entre preceptores, tutores, residentes, gestores e docentes no desenvolvimento das atividades teórico-

práticas (GALVÃO, 2017). Dessa forma, as Residências Multiprofissionais em Saúde passam a atender aos princípios da integralidade da atenção e intersetorialidade do SUS, transformando a atenção em saúde e aproximando o profissional de saúde com as necessidades da sociedade (FARAH, 2003).

Em sua pesquisa, Trajman et al (2009) ressaltam a importância da atuação das residências multiprofissionais em todos os níveis de assistência à saúde, dentre os quais o autor cita a atuação dos programas de residência na Atenção Básica à Saúde (ABS). Neste sentido, a formação de profissionais de saúde com as competências para prestação de cuidados básicos deve iniciar na graduação, considerando a ABS não apenas um campo de práticas, mas também um corpo de conhecimentos que exige abordagens disciplinar e pedagógica inteiramente novas. Ao assumir as múltiplas tarefas relacionadas aos seus princípios, caberá ao egresso a assistência de forma personalizada e continuada à indivíduos e famílias em seu contexto comunitário e territorial (TRAJMAN et al, 2009).

Guimarães (2010) e Mendes et al (2011) corroboram ao afirmarem que a partir da realidade de cada região, as residências são instrumentos capazes de instituir, na formação do residente, a visão multiprofissional e interdisciplinar e ainda prepará-lo para atuar de acordo com as linhas de cuidado definidas pela Atenção Básica em Saúde, afim de exercitar, em sua vida profissional, a humanização em saúde e materializar, em seu cotidiano, a integralidade e universalidade, enraizada no SUS.

Contudo, Lucena, Cavalcante, Miranda (2013) destacam que as Residências Multiprofissionais enfrentam vários desafios que dependem, por vezes, do Projeto Político Pedagógico (PPP) implantado, assim como do contexto no qual o programa está inserido. Os autores complementam a discussão de Guimarães (2010) e Mendes et al (2011) ao revelarem que na ABS, por exemplo, o processo de ensino aprendizagem exige dos profissionais a ligação forte entre teoria e prática no cuidado integral ofertado à comunidade, e além disso, requer as habilidades de participação da organização do processo de trabalho e gestão, já que estes também são atributos da ABS.

Ao refletirem sobre as Residências Multiprofissionais inseridas no contexto hospitalar, Lucena, Cavalcante, Miranda (2013) apontam que nesse ambiente os programas recebem, em suas práticas pedagógicas, a influência

das características da organização do Hospital em que está inserido e, conseqüentemente, acaba muitas vezes concentrando o foco do cuidado no tratamento, cura e reabilitação, ainda com a figura do médico como o ponto central na atenção em saúde. Para os autores alguns dos desafios, no âmbito hospitalar correspondem ao apoio e incentivo das coordenações de cada profissão aos profissionais para participarem como preceptores ou tutores; garantindo a designação de carga horária para ações específicas da Residência por parte da instituição formadora; e colaborando com o fechamento de regras, atividades e metas, de forma que sejam cumpridas eficientemente, contribuindo assim, com os serviços e o desenvolvimento de estratégias que possibilitem ao profissional uma formação em preceptoria, através de cursos de capacitação, por exemplo.

Ainda se tratando de desafios enfrentados pelas Residências Multiprofissionais, os autores Torres, Barreto, Carvalho (2015), destacam que todo e qualquer processo de ensino aprendizagem, no âmbito das residências multiprofissionais, possui desafios que são superados através das dificuldades encontradas na prática, o que configura o aprender através de problemas encontrados na realidade vivida. Segundo os autores, as Residências Multiprofissionais, que são desenvolvidas no bojo de um hospital, infelizmente encontram dificuldades na integração entre o ensino, a pesquisa, a assistência e gestão, pois nesse ambiente a prioridade geralmente está voltada para a assistência.

Mesmo em meio aos desafios e dificuldades encontrados nos programas de Residências do Brasil, Silva et al (2016) afirmam, através de depoimentos de residentes, que a Residência Multiprofissional representa uma oportunidade de formação e intervenção profissional a partir de uma ótica diferenciada sobre o processo saúde doença, em que a saúde não é interpretada apenas sobre o ponto de vista biológico, ou seja, a atenção à saúde se dá através da humanização.

Dentre as Residências Multiprofissionais implantadas em instituições hospitalares, está a Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Traumatologia e Ortopedia atuante no Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA), situado no interior da Amazônia que será descrita a seguir.

4.1 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SANTARÉM/PA E O PAPEL DOS PRECEPTORES

Em Santarém no Pará, por meio da Resolução Nº 269 de 17 de setembro de 2012, foi implementada a Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia no Hospital Regional do Baixo Amazonas Dr. Waldemar Penna, vinculado à Universidade do Estado do Pará (UEPA). O programa encontra-se sob o dispositivo legal que corresponde ao Regimento do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade do Estado do Pará e Hospitais Associados.

Segundo o regimento, o programa desenvolve cursos na modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, relacionada a diferentes profissões da área da saúde, e possui como objetivo geral:

“Formar profissionais de saúde, especialistas na área de concentração, com visão humanista, reflexiva e crítica, qualificado para o exercício profissional em diferentes cenários da rede de saúde (atenção primária, média e alta complexidade do SUS), capazes de atuar com competência na área específica de formação, com base no rigor científico e intelectual, pautado em princípios éticos”. (PARÁ, 2015)

Hoje o programa conta com equipe multidisciplinar composta pelas seguintes áreas: Fisioterapia, Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Assistência Social e Terapia Ocupacional. Em relação à carga horária, os residentes devem cumprir, nos 2 anos de Residência, uma carga horária total de 5.760 horas, das quais, 1.152 horas correspondem às atividades teórico-prático, e 4.608 equivalem às práticas.

Vale ressaltar que além do programa de residência multiprofissional o HRBA também abriga, em suas dependências, a Residência Médica e recebe as Instituições de Ensino Superior, servindo como campo de estágio para os cursos de graduação em saúde. O desempenho do hospital, em seu compromisso com a Formação em Saúde, foi refletido através da titulação de Hospital Ensino (HE), por meio da Portaria Interministerial Nº 1.214 de 30 de maio de 2014.

Hospitais de Ensino (HE's), para Nogueira et al (2014), são aqueles que desenvolvem ações de docência, pesquisa e prestação de serviço de alta complexidade, sendo necessárias, portanto, qualidade e integralidade em suas ações, pautadas nos princípios e diretrizes do SUS, (NOGUEIRA et al, 2014).

Palmeira, Mattos, Peters (2012), ressaltam que os Hospitais de Ensino (HE's) devem envolver todos os níveis de atenção em saúde pertencentes ao SUS, articulando-se e integrando-se aos diferentes níveis de atenção e promovendo, nesse contexto, a formação de profissionais da área da saúde.

Em sua pesquisa, os autores Barata, Mendes, Bitar (2010) corroboram com Nogueira et al (2014) ao afirmarem que os HE's possuem um diferencial no que se refere a promover saúde à comunidade a partir do ensino, da pesquisa e da assistência por meio da integralidade e parceria com os demais níveis de atenção, como por exemplo a Atenção Básica em Saúde, para que juntos possam cumprir a missão de viabilizar os princípios do SUS e ofertar saúde de qualidade à população. Galvão (2017) complementa ao afirmar que os hospitais de ensino trazem grandes vantagens ao cenário de ensino, pois permitem a formação continuada de profissionais de saúde através dos programas de Residência Médica e Multiprofissional e qualificam a gestão, também muito importante na construção da saúde.

Grande parte das atividades desenvolvidas em uma residência médica gira em torno de três figuras essenciais, que são o paciente, o residente e o preceptor, sendo este último o responsável pela formação profissional, ética e humanista do residente (SKARE 2012).

Nesse sentido, o preceptor tem um papel relevante no desenvolvimento dos residentes, servindo para este como fonte inspiradora, principalmente nas relações referentes à ética e influenciando de forma contundente na formação dos residentes. Atuando próximo a eles ajudam a solucionar problemas do cotidiano profissional e influenciam atitudes, comportamentos e ações dos pós-graduandos, que levam as lições apreendidas no curso para sua prática profissional (ABEM, 2013). Geralmente a escolha do preceptor está agregada aos seus méritos profissionais, negligenciando os aspectos pedagógicos e, assim, muitas vezes, prejudicando o aproveitamento do curso (SKARE, 2012).

A atividade de preceptor iniciou com a implantação da residência médica nos Estados Unidos, em 1889, e mais recente no Brasil, entre os anos de 1944 e 1945, quando foi implantada a primeira Residência Médica no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (SKARE, 2012; PASIDZIORA, 2013).

Muitas transformações têm ocorrido nos últimos anos no intuito de aprimorar o processo de ensino-aprendizagem, como a mudança nos currículos

e a ampliação dos cenários de prática no SUS. Vários programas foram criados na busca pelo aperfeiçoamento da formação profissional, como o PROMED, o PROSAÚDE e o PET-SAÚDE, num esforço do Ministério da Saúde em transformar o SUS em escola. A preceptoria encontra papel fundamental nesse contexto, permitindo a aproximação dos especializandos com a prática, dentro dos diversos cenários do SUS (TEMPSKI, 2013).

Para Botti e Rego (2008), o preceptor é o profissional que está inserido no seu ambiente de trabalho e que auxilia o especializando no desenvolvimento de suas habilidades clínicas, cabendo também a este o papel de avaliar o profissional em formação. Esse contato com o recém-graduado ocorre em curto intervalo de tempo e estritamente no local de prática.

Autonomo *et al* (2015), destacam que os termos preceptor e preceptoria são amplamente utilizados na formação de profissionais de saúde, porém, a definição desses termos ainda é muito controversa e necessita de definição consistente. O estudo destes autores revelou também que as atividades desenvolvidas pelos preceptores são heterogêneas e passam por conceitos como ética, moral e técnica, e possuem caráter docente e pedagógico.

Uma característica a ser pontuada no estabelecimento das atividades do preceptor diz respeito ao vínculo profissional. Alguns preceptores são assistenciais e estão inseridos nos locais de assistência, agregando a preceptoria às suas atividades. Quando isso ocorre, há melhor receptividade dos residentes no local da prática, pois os preceptores já conhecem os cenários e os demais profissionais que ali atuam, estabelecendo maior ambientação à residência. Contudo, o preceptor que divide suas atividades com a preceptoria precisa encontrar tempo para inserir os residentes à sua rotina, e nem sempre possui noções pedagógicas ou docentes para isso. Por outro lado, para os preceptores que são contratados especificamente para acompanhar os residentes, as dificuldades se encontram na interação com a equipe, no planejamento das atividades de acordo com as rotinas dos serviços, da negociação dos melhores locais de prática, o que aumenta a tensão nesse tipo de situação (FEUERWERKER, 2011).

Algumas dificuldades são pontuadas no trabalho de Lima (2014), onde são informadas queixas sobre a falta de um curso de preparação, com noções de docência para exercer a preceptoria, assim como a deficiência da graduação

em formar profissionais com perfil docente e a falta de prática nas atividades relacionadas à pesquisa. Soma-se a esses pontos a escassez de tempo para as atividades de preceptoria, em função da grande demanda de atendimentos nos serviços, nos casos em que o preceptor é técnico do serviço.

Há ainda outros pontos evidenciados por Lima (2014), que dizem respeito à não adequação da infraestrutura para as atividades desenvolvidas, como falta de recursos audiovisuais, salas para discussões e ambientes próprios para o ensino, o que prejudica inclusive a interação interdisciplinar, que já é alvo de críticas pelo seu déficit na graduação. Há uma grande dificuldade em fazer uma preceptoria com caráter interdisciplinar, tendo em vista que muitos serviços não promovem a integração entre as especialidades.

As residências e demais cursos que utilizam a preceptoria, possuem no preceptor um grande aliado no alcance da formação de profissionais de acordo com as necessidades do SUS. O preceptor contribui para a formação dos alunos na medida que proporciona maior interação do aluno com a prática, no caso dos cursos da área de saúde, com os pacientes. Essa aproximação, melhora a relação terapeuta-paciente e contribui para o alcance do perfil de um profissional adequando às demandas do SUS. A troca de saberes é fundamental para o crescimento dos alunos e também dos preceptores (LIMA, 2014).

No tocante ao residente, personagem fundamental nos programas de residência, Guimarães (2010) destaca, a partir de seu estudo, que a formação dos residentes compreende, na fala dos entrevistados, um período de transformação, em que o residente passa a ter uma visão crítica, se adequa aos princípios do SUS, deixa de ter uma prática mecanicista e começa a refletir mais sobre suas atitudes.

Ainda no contexto acima, o papel do residente sofre até hoje profundas transformações. A principal transformação é que os residentes abandonam o papel de meros receptores de informações e reprodutores assistenciais e passam a ter uma visão mais crítica de todo esse processo de aprendizagem, tomando um papel mais ativo nesse contexto (GUIMARÃES, 2010).

Autonomo (2013), enfatiza as transformações que ocorrem nos ambientes mediante a inserção das residências. Profundas mudanças foram percebidas tanto nos residentes, como nos preceptores e na equipe por muitos estudos (GUIMARÃES, 2010; ABEM, 2013; BOTTI e REGO, 2008; LIMA, 2014).

Geralmente o residente procura na pós-graduação, conteúdos e abordagens diferentes daquelas vividas da graduação, o que confere tanto ao preceptor quanto ao residente, um nível de esforço maior. A troca de experiências nos locais que abrigam a preceptoria é rica e modificadora. Contudo, existem entraves e uma das principais barreiras a ser superada é a acomodação, que pode ser quebrada pela produção constante de dúvidas e questionamentos, que necessitam, para sua satisfação, de muita discussão e reflexão.

A inserção dos alunos nos cenários de prática proporciona melhoria na qualidade da atenção aos pacientes, à medida que instiga a equipe a refletir e buscar respostas para a construção do conhecimento e direcionamento da prática. Tanto o residente quanto o preceptor são instigados à buscar a solução aos problemas do cotidiano, a fim de satisfazer as demandas de cada serviço de saúde. O residente procura acompanhar a prática do preceptor, buscando na literatura respaldo para justificar a prática assistencial, e o preceptor por sua vez, busca conhecimento e se atualiza constantemente, a fim de satisfazer os anseios dos residentes e proporcionar a estes, a devida fundamentação, seja baseada na literatura, seja baseada nas evidências e práticas clínicas (AUTONOMO, 2013).

5 CAMINHOS METODOLÓGICOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido a partir da abordagem qualitativa, pois esta modalidade de pesquisa busca a opinião dos pesquisados, suas percepções e experiências, seus pontos de vista e como dão significado a essas perspectivas (VIEIRA e HOSSNE, 2015). O estudo é caracterizado como uma pesquisa de campo descritiva, pois permite detalhar as impressões a partir da observação da realidade (SEVERINO, 2007). Martins Junior (2015) contribui ainda detalhando a pesquisa descritiva como a observação dos fatos ocorridos em um intervalo temporal sem que ocorra a manipulação das variáveis.

Para Flick (2009), o discurso das grandes teorias como fonte de explicação para os fenômenos não cabe mais no mundo moderno, e as narrativas devem ser limitadas de acordo com a situação, o local e a cronologia. Afirma ainda que as mudanças sociais, assim como a pluralidade dos estilos de vida nas eras moderna e pós-moderna, exigiram novas formas de estudar a realidade, em uma abordagem mais familiarizada com as mudanças no estilo de vida. Nesse contexto, ainda para Flick (2009), a interpretação dos significados tornou-se tão importante quanto a simples leitura das narrativas.

Yin (2016), complementa essa fala ao sugerir que a pesquisa qualitativa se tornou notável em diversas áreas do conhecimento, muito por sua característica de permitir maior liberdade ao aumentar a possibilidade de escolha do tema, aspectos estes que os outros métodos de pesquisa são limitados. E ressalta ainda cinco principais características da pesquisa qualitativa que mantém vantagens sobre outros métodos, 1 – estudar o significado da vida das pessoas no real ambiente onde estão inseridas, sem a necessidade de criar um ambiente próprio e controlado, 2 – conhecer as opiniões e perspectivas das pessoas, discursos que não podem ser representados por números, 3 – estudar e considerar o contexto em que as pessoas vivem, 4 – encontrar revelações que reforcem conceitos já existentes ou emergentes, que possam explicar o comportamento social, e, 5 – a possibilidade de utilizar múltiplas fontes de evidência, ao invés de uma única.

Em seu texto, Creswell (2014), afirma que a pesquisa qualitativa utiliza estruturas teóricas e interpretativas que abordam o estudo dos problemas de indivíduos ou grupos, buscando significação para as falas. O autor valoriza o estudo qualitativo por explorar os indivíduos nos contextos e lugares naturais em estudo, se familiarizando com o ambiente, tornando a análise dos dados tanto indutiva, quanto dedutiva. O autor termina sua conceituação descrevendo que o relatório final da pesquisa contém as falas dos participantes, a interpretação do pesquisador e leva em consideração o ambiente e contexto nos quais os participantes estavam imersos, evidenciando a contribuição do estudo para afirmar a literatura disponível ou para clamar por mudanças.

Este estudo em particular utiliza um conceito estabelecido por Turato (2013), o qual associa os métodos qualitativos sócio-antropológicos e clínico-psicológicos na construção de um método mais íntimo e direcionado à indivíduos e ambientes de saúde, intitulado Metodologia Clínico-qualitativa. O autor descreve em sua conceituação ao método, que se trata de um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para dar significado aos fenômenos humanos a partir de settings de saúde, estabelecendo um método particularizado baseado no estudo e construção de limites epistemológicos direcionados à área da saúde.

Esta pesquisa utiliza fundamentalmente, as técnicas de análise de dados propostos por Bardin (2011), mesclando com o método refinado proposto por Turato (2013), conforme veremos mais à frente, ainda no percurso metodológico.

5.2 LOCAL E PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Regional do Baixo Amazonas Dr. Waldemar Penna (HRBA) e no campus XII da Universidade do Estado do Pará, em Santarém, no estado do Pará. O hospital está localizado na Avenida Sérgio Henn, 1100, Bairro Diamantino. Já o campus da UEPA em Santarém situa-se na Avenida Plácido de Castro, 1399, Bairro Aparecida.

Os participantes da pesquisa foram os preceptores do programa de Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Traumatologia e Ortopedia, que é desenvolvida no Hospital Regional do Baixo Amazonas Dr. Waldemar Penna (HRBA), em Santarém, no Estado do Pará. Os preceptores pesquisados

são da área de Fisioterapia, subárea com maior contingente de vagas dentro do programa, totalizando 17 preceptores cadastrados no Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital.

Foram incluídos na pesquisa indivíduos de ambos os sexos, que estavam cadastrados como preceptores da residência no Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP) do hospital, e que estavam atuando como preceptores e que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da pesquisa indivíduos que estavam cadastrados como preceptores, mas que não estavam exercendo a preceptoría, e nesse quesito foram excluídos da pesquisa 2 indivíduos. Foram também excluídos os preceptores que por problemas pessoais não puderam participar ativamente de todo o processo da pesquisa, no período pré-estabelecido, mesmo que tenham concordado e assinado o TCLE. Neste último quesito foi excluído mais um indivíduo, totalizando 3 exclusões, permanecendo na pesquisa 14 participantes, que representam o universo da população estudada.

5.3 COLETA DE DADOS

Foram realizadas entrevistas estruturadas de forma individual com os preceptores, elas foram gravadas em áudio, o que permitiu liberdade de expressão dos participantes. Segundo Turato (2013), as entrevistas são encontros obtidos face a face, que buscam obter informações verbais ou escritas e constituem um precioso instrumento de conhecimento interpessoal.

O encontro para a entrevista aconteceu em uma sala no primeiro piso do setor administrativo, do Hospital Regional do Baixo Amazonas, a fim de proporcionar um ambiente silencioso e com o mínimo de interferências externas, para que, tanto entrevistado quanto entrevistador se sentissem à vontade e seguros.

A realização das entrevistas obedeceu às etapas sugeridas por Turato (2013) para o aprimoramento da técnica e minimizando possíveis vieses nos resultados:

a) *Idas de aculturação e ambientação ao campo*: consiste em visitas ao local de campo da pesquisa a fim de estabelecer relações com os entrevistados e com a equipe que compõe o local.

b) *Entrevistas preliminares e rearranjo das questões*: funciona como um pré-teste, onde são realizadas entrevistas livres a fim de adaptar o roteiro da entrevista ao que for coletado nessa fase.

c) *Seleção dos sujeitos e convite para participação*: nesse momento ocorre a seleção dos participantes da pesquisa seguindo os critérios de inclusão e exclusão e a realização do convite.

d) *Marcação das entrevistas*: ocorre em comum acordo entre entrevistador e entrevistado, em data e horário conveniente a ambos, para que possa proporcionar uma entrevista sem pressa ou imprevistos.

e) *Uso de recinto reservado*: o local da aplicação da pesquisa deve fornecer um ambiente favorável e livre de interferências externas, que proporcione conforto e permita que os participantes se sintam à vontade.

f) *Estabelecimento do RAPPORT*: é nessa fase que ocorre a apresentação mútua entre entrevistador e entrevistado, a explicação sobre os objetivos almejados pela pesquisa e os critérios de seleção do entrevistado. Esse momento de conversa prévia também serve para “quebrar o gelo” entre os membros da entrevista, serve como momento de relaxamento e minimização das reações emocionais que possa surgir.

g) *Explicação do termo de consentimento*: onde ocorre a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como informações sobre a destinação das gravações e a possibilidade de recusa ou desistência do entrevistado a qualquer momento.

h) *Coleta dos dados de identificação pessoal*: será realizada com perguntas diretas e simples que estão anotadas no roteiro de entrevista.

i) *Colocação paulatina das questões do roteiro*: demonstrando atenção e registrando impressões psicológicas do entrevistado a cada questão para posterior transcrição.

j) *Observação/auto-observação no todo da entrevista*: atentar ao comportamento do entrevistado como as suas reações às questões e situações levantadas.

k) *Disponibilidade do entrevistador pós-entrevista*: colocar-se à disposição do entrevistado a qualquer momento para sanar as dúvidas ou prestar orientações.

Tais procedimentos conferem processo de Validação Interna na pesquisa clínico-qualitativa, que consiste no aperfeiçoamento da técnica de pesquisa pelo próprio pesquisador.

A validação interna nada mais é do que o refinamento da técnica da entrevista pelo próprio entrevistador, através de entrevistas anteriores. Pode compreender desde visitas programadas ao local da entrevista, ao aprimoramento da relação com os voluntários atuantes no local da entrevista e até mesmo na realização de entrevistas com outro grupo, que não os selecionados para a pesquisa, para servir de treinamento no intuito de desenvolver a técnica da entrevista (TURATO, 2013).

Para complementar o processo de validação interna, o roteiro da entrevista foi apresentado a um grupo de preceptores da área de Farmácia da Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia que atuam no Hospital Regional do Baixo Amazonas, grupo não selecionado para a aplicação da pesquisa, para que identificassem possíveis equívocos, confusões, ou falta de clareza nas questões. Este procedimento serviu para o refinamento da técnica e o aprimoramento das perguntas da entrevista, servindo como um pré-teste, no qual logramos êxito, após a realização dessa fase, em provocar alteração nas perguntas que foram utilizadas na pesquisa.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados seguiu duas etapas: a primeira de organização dos resultados da pesquisa num *corpus* de texto a fim de ser processado no programa de software Iramuteq e na segunda etapa proceder a análise de conteúdo categorial proposto por Bardin (2011). A proposta de Bardin para a análise do material denominada Análise de Conteúdo, representa um método consagrado e amplamente aplicado em pesquisas clínico-qualitativas.

Foram empregados na análise dos dados os princípios de Categorização e Subcategorização, amplamente utilizados nas pesquisas qualitativas. Este primeiro consiste em ordenar os conteúdos em tópicos, facilitando a interpretação, pois agrupa os elementos de um conjunto. O segundo princípio exige uma reordenação em tópicos menores e foi utilizado quando os tópicos

principais apresentaram grande diversidade, exigindo para melhor interpretação, a ordenação em subconjuntos de ideias. (BARDIN, 2011)

O tratamento dos dados proposto por Bardin (2011) inclui três fases distintas, a pré-análise, a exploração do material e por último o tratamento dos resultados com inferência e interpretação.

A pré-análise, consiste na organização dos documentos e objetiva alcançar três marcos principais, que é a escolha dos textos ou falas, elaboração de hipóteses e formulação de indicadores que sustentem a interpretação final. Para alcançar esses objetivos, Bardin (2011) divide o trabalho em dois processos. A primeira etapa é denominada Leitura Flutuante, e consiste na leitura exaustiva do material, a fim de deixar-se impregnar pelas ideias e impressões do texto. A segunda etapa é chamada de escolha dos documentos, onde o pesquisador separa os textos ou falas por ordem de prioridade.

A segunda fase proposta pelo autor é chamada de Exploração do Material, e consiste na codificação do material, onde o pesquisador divide os textos por categorias, fazendo recortes no texto e agrupando os textos com significação afim para melhor interpretá-los em seguida.

A terceira e última fase da Análise de Conteúdo é conhecida como Tratamento dos Resultados e Interpretação. É nessa fase que o pesquisador extrai o significado do material analisado e contextualiza com a literatura disponível, reforçando ou refutando ideias.

Turato (2013) propõe o refinamento do método proposto por Bardin (2011), para torná-lo mais adequado aos settings de saúde, e elenca as fases do tratamento da pesquisa clínico-qualitativa de acordo com a seguinte ordem:

a) Preparação inicial do material: essa fase consiste em transcrever as falas dos participantes da pesquisa, que estão no gravador em arquivos de áudio, em arquivos de texto, em um editor de texto no computador.

b) Pré-análise: essa fase consiste na leitura flutuante, leitura exaustiva do material a fim de extrair o que está implícito nas falas.

c) Categorização e Subcategorização: Nessa fase é realizado agrupamento das falas por afinidade, em tópicos, e ainda em subtópicos, que possuem relevância dentro de tópicos maiores.

d) Validação Externa: nessa fase, o pesquisador debate ou com seus pares, os resultados obtidos.

e) Apresentação dos resultados: trata-se da apresentação dos resultados de forma descritiva, na qual as falas dos participantes da pesquisa são colocadas para exemplificar o significado extraído.

Cabe ressaltar que a Categorização e Subcategorização obedece a dois princípios básicos, o da Repetição, onde serão agrupadas as falas que mais se repetem no discurso dos entrevistados, além do critério da Relevância, que é a separação de segmentos de texto que não têm tanta repetição nos discursos, mas que são importantes para reafirmar ou refutar ideias depreendias nos textos (TURATO, 2013).

Para auxiliar na Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011) e refinado por Turato (2013), utilizamos uma ferramenta para análise de dados qualitativos, que vêm ganhando notoriedade nos últimos anos, que é a análise textual com apoio de software. Para tal, lançaremos mão do programa Iramuteq, software livre de licença *open source* que permite a análise lexical em função de diferentes variáveis. Este programa permitirá concluir as primeiras etapas da análise de conteúdo com maior brevidade, além de representar maior confiabilidade à verdade extraída nos resultados.

5.4.1 Uso de softwares nas pesquisas qualitativas

Os programas de computador estão disponíveis para auxiliar nas análises qualitativas desde o final dos anos 80, e vêm ganhando notoriedade e novas funções desde então (CRESWELL, 2014). O autor relata ainda que o trabalho do software é o mesmo que o do pesquisador, quando o faz de forma manual, que é separar os segmentos de texto e dar a estes um rótulo, além de agrupá-los para a codificação. Ao final do processo, o pesquisador faz, sem o auxílio do software, a codificação dos textos, extraindo seu significado.

Creswell (2014) elenca ainda várias vantagens e desvantagens na utilização de programas de computador para análise dos textos. Como principais vantagens ele destaca a capacidade de armazenamento de dados de forma organizada, assim como a facilitação na localização do material, além da separação do material em segmentos de texto afins pelo software, o que facilita e agiliza o tratamento do material. O autor considera como desvantagens da utilização de softwares o fato de sempre os programas serem de fácil manuseio,

exigindo do pesquisador, aprendizado para comandar o programa. Vários softwares podem ter funções específicas, não se encaixando na proposição da metodologia exigida pelo objeto de estudo. O autor critica ainda o possível distanciamento entre o pesquisador e os dados representado pelo computador.

Para Yin (2016), os programas de computador podem ser ou não especializados, e ressalta a importância dos softwares não especializados, como editores de texto comuns e planilhas, no auxílio ao tratamento dos dados. Já os softwares especializados realizam operações complexas como testagem de modelos hierárquicos lineares e também em níveis, fazendo também operações matemáticas para testagem de crescimento latente, produzindo também o qui-quadrado. Contudo, na utilização de softwares para análises qualitativas, não há formulas para análises dos dados, devendo o pesquisador alimentar a entrada do programa com textos e, após o processamento, o próprio pesquisador ainda fará a codificação do material obtido.

Flick (2009) traz à reflexão os anseios e conflitos que cercam a utilização de softwares na pesquisa qualitativa, e ressalta que os programas de computador avançaram nos últimos anos e que novas tecnologias foram incorporadas, permitindo diferentes tipos de análises específicas. Em seu texto o autor ressalta ainda, como um dos pontos mais importantes na discussão desse impasse, que o computador não faz a análise sozinho, mas sim auxilia o pesquisador no tratamento dos dados, através de processos específicos em determinadas análises.

As contribuições dos autores acima, servem para melhor exemplificar o papel do software nessa pesquisa, que é auxiliar o pesquisador no processamento do texto em uma fase específica, que é a separação do material em segmento de texto para categorização e subcategorização, correspondendo a apenas uma fase de todo o processo metodológico da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2001) e refinada por Turato (2013). O software escolhido foi o Iramuteq, através de suas análises Classificação Hierárquica Descendente (CHD), além da nuvem de palavras. As demais etapas da metodologia e da análise do material foram realizadas de forma manual pelo pesquisador, obedecendo ao passo a passo estabelecido e largamente utilizado por pesquisadores em todo o mundo, definidos pelos autores que embasam esse trâmite metodológico. Há de se salientar ainda que a utilização de softwares e

do software escolhido para auxiliar nessa pesquisa é validada e amplamente divulgada em publicações científicas que fazem parte do referencial teórico dessa pesquisa.

5.4.2 Iramuteq

As principais vantagens da utilização do Iramuteq é a possibilidade da análise de grandes volumes de texto, além de empregar operações estatísticas para avaliar trabalhos puramente qualitativos. As análises podem ser desde textos individuais até textos produzidos em grupos, o que facilita a interpretação de entrevistas (CAMARGO E JUSTO, 2013).

É importante salientar que o Iramuteq não é um método, e que os resultados gerados não são puramente a análise final, cabendo ao pesquisador a exploração do material e a interpretação dos resultados obtidos pelo software. Essa ferramenta auxiliará na análise lexical dos textos das entrevistas utilizando-se, de forma informatizada, os princípios de repetição e relevância, tornando a análise mais dinâmica, principalmente pela visualização gráfica dos resultados, recurso oferecido pelo programa. Outra função deste software é a *nuvem de palavras*, que oferece o agrupamento e a organização gráfica dos resultados através do princípio da repetição. Esta representação gráfica constitui importante aliado na análise de conteúdo, pois agrega uma perspectiva diferente e organizada das ideias (CAMARGO E JUSTO, 2013).

O Iramuteq foi utilizado nessa pesquisa para auxiliar nas primeiras fases da Análise de Conteúdo seguindo os passos propostos por Turato (2013). O software realizou a separação de segmentos de texto em subcorpus, utilizando segmentos de texto afins, dispostos em subcorpus por cores, também conhecido por Corpus Colorido. Essa etapa auxiliou na Pré-análise, facilitando a leitura flutuante e permitindo ao pesquisador, acessar falas de maneira rápida e intuitiva, uma vez que os segmentos de texto estavam dispostos em cores.

Outra utilização do software nesse trabalho foi no uso da Classificação Hierárquica Descendente, tipo de análise do Iramuteq, onde os segmentos de texto são dispostos em classes, sendo ainda subclassificados por afinidade hierárquica em gráficos e por cor, através da repetição de seus vocábulos, ainda apresentando o percentual que cada classe representa no corpus e explicitando

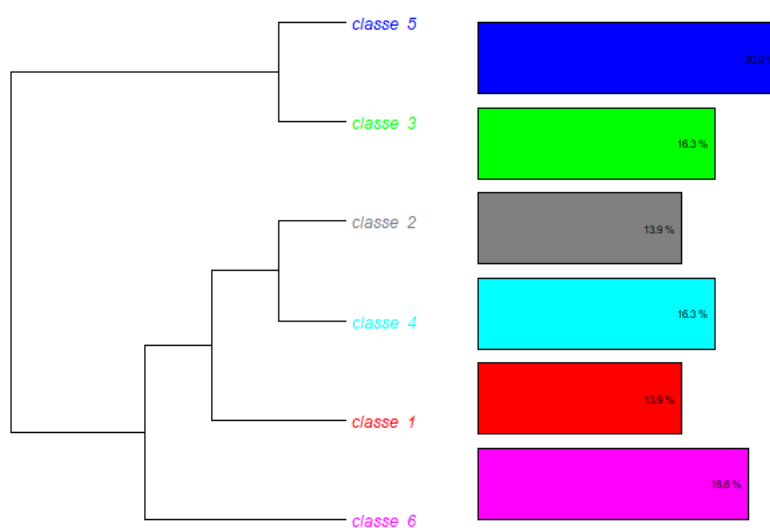
a ligação entre as classes. Esse processo auxiliou na Categorização e Subcategorização, já que na extração do significado das classes, utilizamos os princípios da separação por categorias pelo critério de repetição. Há ainda na discussão de algumas classes, significados extraídos pelo critério de relevância, onde o pesquisador foi buscar em algumas falas importantes dos entrevistados, mas que não se repetiram ao longo do corpus, a explicação para o sentido de algumas classes.

5.4.3 O Iramuteq nessa pesquisa

O processo de análise utilizando o Iramuteq iniciou pela transcrição dos áudios em textos, seguido da limpeza desses textos, substituindo termos coloquiais por termos formais, sem alterar o sentido das falas, e agrupando as respostas dos entrevistados por pergunta. Logo, cada corpus continha 14 respostas, referentes aos 14 entrevistados, para cada pergunta. Como utilizamos 7 perguntas, criamos 7 corpus, como 14 falas em cada corpus.

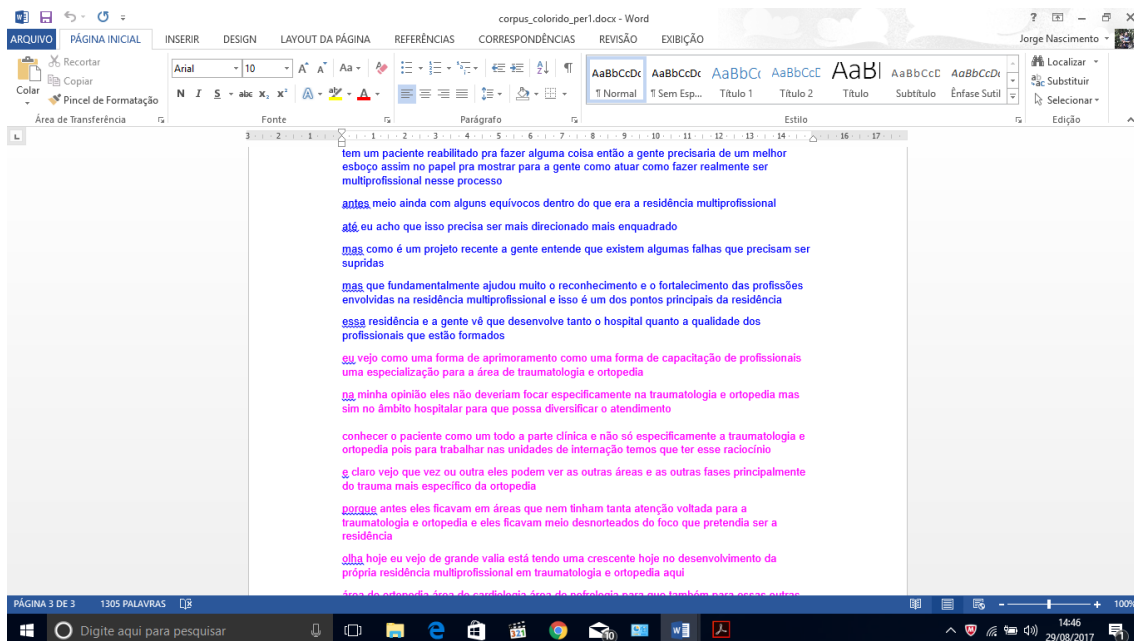
Esses 7 corpus foram processados no Iramuteq, um a um, e cada análise nos deu como resposta um Dendograma, que é uma representação gráfica da Classificação Hierárquica Descendente. Cada Classe da CHD é representada por uma cor e se associa a um segmento de texto também separado por cor.

FIGURA 1 – EXEMPLO DE DENDOGRAMA FONECIDO PELO SOFTWARE IRAMUTEQ.



FONTE: Iramuteq (2017)

FIGURA 2 – CORPUS COLORIDO FORNECIDO PELO SOFTWARE IRAMUTEQ, ORGANIZADO EM PROCESSADOR DE TEXTO PELO AUTOR.

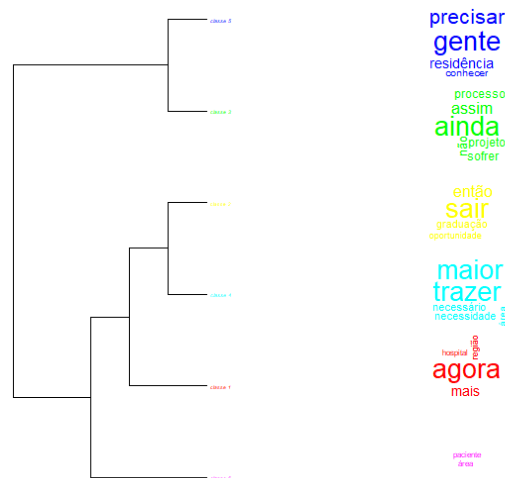


FONTE: Adaptado do Iramuteq (2017)

Após essa fase, o pesquisador realizou a leitura extenuante de cada segmento de texto, identificando seu significado e correlacionando com a classe de mesma cor no dendograma, estabelecendo ainda a ligação entre cada classe, conforme disposto no tópico Resultados e Discussão contido nesse trabalho.

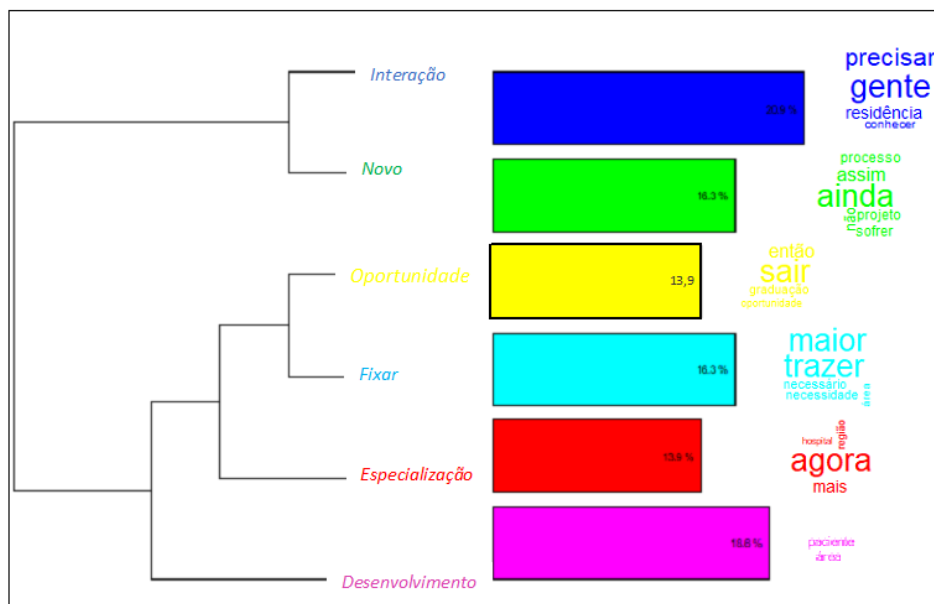
A fim de identificar os vocábulos que mais se repetem e ainda melhor ilustrar o dendograma, utilizou-se a nuvem de palavras, dispondo as palavras que mais aparecem em cada segmento de texto ao lado de cada classe.

FIGURA 3 – NUVEM DE PALAVRAS FORNECIDO PELO SOFTWARE IRAMUTEQ.



FONTE: Iramuteq (2017)

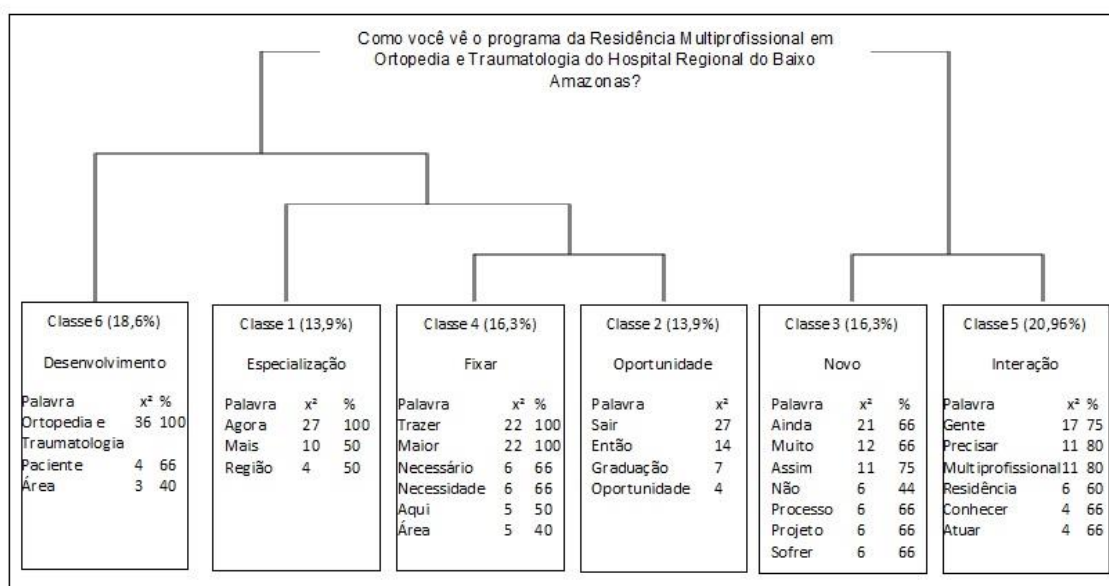
FIGURA 4 – IMAGEM ADAPTADA DO IRAMUTEQ AGREGANDO O DENDOGRAMA E A NUVEM DE PALAVRAS E NOMEANDO AS CLASSES.



FONTE: Adaptado do Iramuteq (2017)

Por fim, para facilitar a interpretação da análise, pelo critério de repetição dos vocábulos, foi elaborada um gráfico, com as palavras que mais repetem em cada classe, com sua respectiva frequência e Qui-quadrado, que indica a representatividade de cada vocábulo nas respectivas classes.

FIGURA 5 – GRÁFICO REALIZADO A PARTIR DA ANÁLISE DE ESPECIFICIDADES DO SOFTWARE IRAMUTEQ



FONTE: O Autor (2017)

Esse gráfico reforça ainda os significados extraídos da análise subjetiva dos textos, servindo também como validação quantitativa da análise qualitativa, conforme discutiremos no tópico seguinte.

5.4.4 O paralelo entre os métodos qualitativos e quantitativos e os números nessa pesquisa

Há uma complementaridade entre os métodos Quantitativos e Qualitativos, sem que, necessariamente, haja uma aproximação entre ambos. Dessa forma, uma pesquisa qualitativa, continua sendo exclusivamente qualitativa, e uma pesquisa quantitativa, pode ser exclusivamente quantitativa, porém, a validação dos resultados obtidos em cada pesquisa, passa, mesmo que apenas mentalmente, por um processo de validação interna. Ou seja, para resultados numéricos, estabelecemos significados em nossas mentes, e para resultados subjetivos, estabelecemos na frequência e repetição de ideias e vocábulos, a validação para as verdades extraídas (TURATO, 2013).

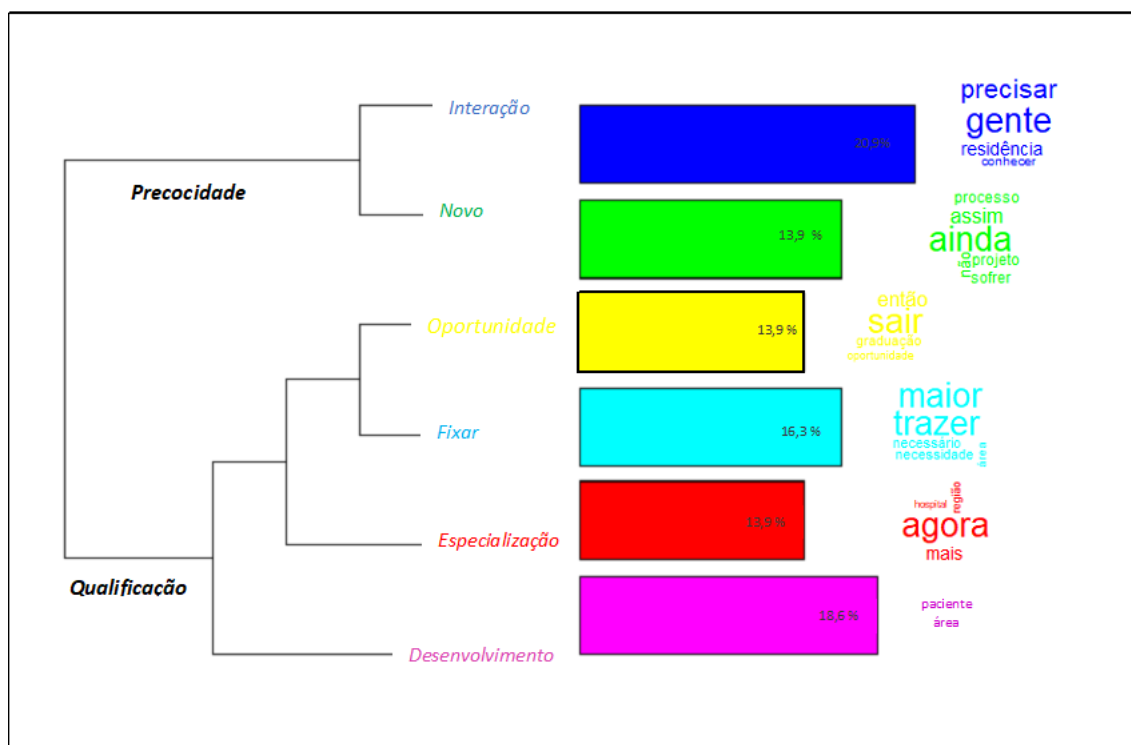
Essa perspectiva é reforçada pelo trabalho de Krippendorff (2013), que ressalta que para alcançar uma análise de conteúdo adequada, são necessárias tanto a metodologia qualitativa, quanto a metodologia quantitativa, e ressalta ainda que a dicotomia não se aplica a essa temática.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO: A REALIDADE ENCONTRADA

O índice de aproveitamento de segmentos de texto foi superior a 70% em todas as análises, demonstrando a força dos corpus textuais e evidenciando a qualidade das análises.

A partir da ferramenta de análise CHD Classificação Hierárquica Decrescente do software Iramuteq, chegamos à seguinte imagem representativa denominada Dendograma, que se refere à pergunta número 1 do roteiro de entrevistas – “Como você vê o programa da Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia do Hospital Regional do Baixo Amazonas?”, que foi utilizada com os Preceptores do Programa de Residência Multiprofissional.

FIGURA 6 – DENDOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CHD) DO CONTEÚDO ANALISADO PELO *CORPUS* “COMO VOCÊ VÊ O PROGRAMA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS?” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS.



FONTE: Adaptada de Iramuteq (2017)

Na análise do *corpus* organizado a partir das respostas obtidas com os participantes, chegamos a dois subcorpus que dividem a análise sob duas óticas distintas. O primeiro subcorpus mostra a Residência Multiprofissional como um

projeto novo, e que ainda passa por um período de adaptação e de consolidação, e por isso sofre com problemas como a falta de interação entre as diferentes classes profissionais que integram o curso. No segundo subcorpus, os preceptores enxergam no curso uma oportunidade de aprimoramento.

A classe com maior relevância no primeiro subcorpus corpus foi a classe representada no dendograma pela cor azul, com 20,9% de ocorrência, e que retrata o problema da falta de interação entre as diferentes classes profissionais no curso, como podemos exemplificar nas falas a seguir:

Classe 5 (azul) – Interação:

“...é uma residência multiprofissional, porém cada um está somente com seu preceptor e nós não conhecemos os outros...” (E1)

“...conhecemos apenas os fisioterapeutas, não conhecemos os outros...”. (E3)

Cunha, Vieira, Roquete (2013), estabelecem que o profissional formado em uma Residência Multiprofissional deve, além de outras competências, desenvolver a de trabalhar em equipe, a fim de proporcionar atendimento de forma integral aos usuários dos serviços de saúde. Este estudo reforça a preocupação dos preceptores com a falta de integração da equipe multiprofissional. O êxito em prestar assistência de caráter integral, depende fortemente do cuidado multiprofissional e da interação entre os membros da equipe multiprofissional.

Ainda ligada a esse subcorpus, a classe representada pela cor verde no dendograma, fala da precocidade da especialização, e que essa passa ainda por um período de adaptação, o que pode justificar os problemas relacionados à classe anterior. Com 16,3% de ocorrências de segmentos afins, essa classe é exemplificada com as seguintes falas:

Classe 3 (verde) – Novo:

“...por enquanto está muito no início, não tem uma base bem distribuída...”(E1)

“...ainda é um projeto novo, ainda tem algumas coisas para serem melhoradas...”(E8)

A primeira residência médica no Brasil foi instituída no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo no ano de 1945 (PASIDZIORA, 2013), e apenas 60 anos depois, em 2005, a Residência Multiprofissional foi regulamentada no país como pós-graduação na modalidade *Lato Sensu* (BRASIL, 2005). A Residência Multiprofissional em Saúde foi implementada em Santarém, no Pará, no ano de 2013, e, frente à cronologia da história das residências no Brasil, ainda passa por um período de adaptação, no qual algumas dificuldades são comuns e devem ser superadas no decorrer dos anos, até a consolidação do programa de pós-graduação.

No segundo subcorpus, observamos que os preceptores veem a Residência Multiprofissional como uma oportunidade de desenvolvimento para a região, onde os profissionais que saem da academia têm a oportunidade de se especializar sem a necessidade de se deslocar para outras regiões, e que isso contribui para a fixação dos profissionais aqui na região.

Com 13,9% de ocorrências a classe representada no dendograma pela cor amarela, representa a oportunidade de se especializar que o curso traz, sem a necessidade de deslocamento para outros centros, como vemos nas falas:

Classe 2 (amarelo) – Oportunidade:

“...forma de melhorar a qualificação dos nossos alunos...”

(E6)

“...oportunidade para a formação de residentes aqui na cidade...” (E8)

“...oportunidade de aprimorar e melhorar a qualidade dos profissionais...” (E6)

As falas anteriores são complementadas pelos discursos constantes na classe representada pela cor azul claro, que com 16,3% de aparecimento, fala que essa pós-graduação preenche uma lacuna existente na nossa região, que é a carência de cursos de especialização, e que esse curso ajuda a fixar os profissionais na nossa região, como demonstrado a seguir:

Classe 4 (azul claro) – Fixar:

“...excelente oportunidade de trazer um maior número de profissionais aqui para a nossa área...” (E3)

“...suprindo a necessidade desses profissionais aqui na nossa área, na nossa região...” (E3)

A classe representada pela cor vermelha, com 13,9% de ocorrência em todo o corpus, abrange as classes 2 e 4, representadas respectivamente pelas cores amarelo e azul claro. Ela retrata a Residência como uma capacitação aos graduandos da cidade, que apesar de ser um polo universitário com vários cursos de graduação, é muito carente de cursos de especialização na área da saúde. Os trechos a seguir demonstram essas concepções:

Classe 1 (vermelho) – Especialização:

“...está preparando profissionais mais capacitados para a nossa cidade, pois antes a pessoa tinha que viajar para fazer pós-graduação...” (E8)

“...a quantidade de profissionais necessários ainda é escassa na nossa região, tendo em vista a especialidade desses profissionais...” (E3)

Por fim a classe com maior ocorrência nesse segundo subcorpus, com 18,6%, e na cor roxo no dendograma, vê a Residência Multiprofissional como desenvolvimento para a região do Baixo Amazonas e como fonte de aprimoramento para a população.

Classe 6 (roxo) – Desenvolvimento:

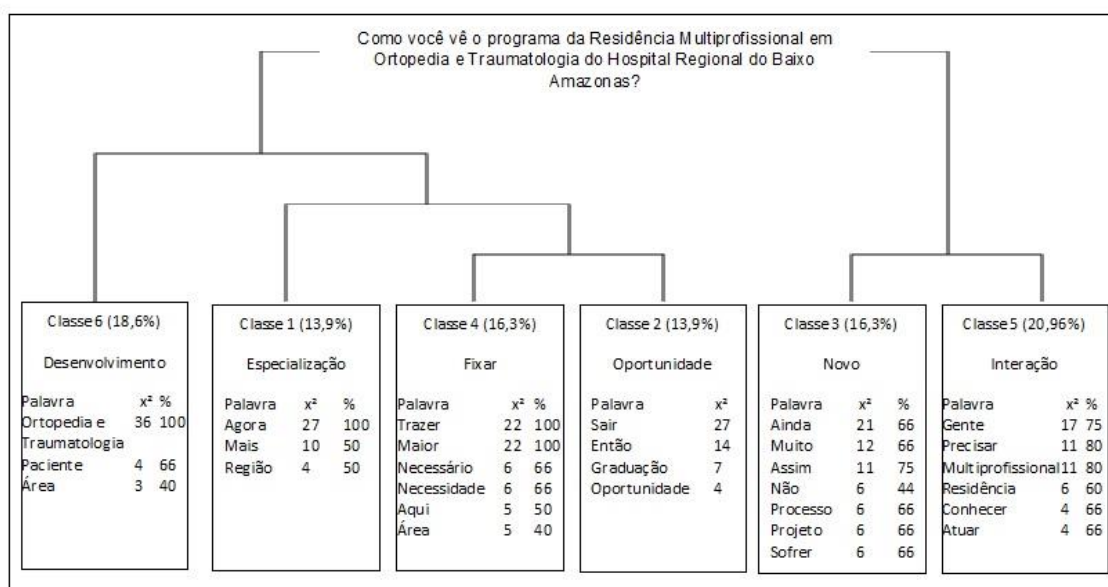
“...eu vejo de grande valia, uma crescente hoje no desenvolvimento da nossa região e da própria residência...” (E5)

“...eu vejo como uma forma de aprimoramento, de capacitação...” (E13)

Os programas de Residência Multiprofissional foram implementados a fim de satisfazer a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde para atender aos princípios do SUS, e geram oportunidade aos profissionais de saúde para dar continuidade à sua formação (GALVÃO, 2017). Nesta mesma perspectiva, Guimarães (2010) destaca que os programas de Residência são capazes de formar profissionais para atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar, atentando às demandas de cada região. Podemos concluir que

esses estudos ratificam a visão dos preceptores em Santarém, que veem a Residência como oportunidade de qualificação dos profissionais locais, que antes tinham que se deslocar a outros centros para dar continuidade aos estudos. Neste contexto, muitos não se especializavam pela dificuldade de acesso. Além disso, o programa também funciona como impulsionador do desenvolvimento da região, ao passo que qualifica a mão de obra local.

FIGURA 7 – GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “COMO VOCÊ VÊ O PROGRAMA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS?”, DESTACANDO X² E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES.



FONTE: O autor (2017)

No gráfico acima podemos verificar, através do Qui-quadrado, as palavras de maior ocorrência e relação com cada classe, o que corrobora com os significados extraídos da análise subjetiva do texto, trazendo confiabilidade à análise, pois reafirma as ideias extraídas do corpus.

Na classe 6, que fala de desenvolvimento, as palavras que aparecem são “ortopedia e traumatologia”, “paciente” e “área”, que demonstram o processo da especialização, do aprimoramento no tema da Residência Multiprofissional, gerando, segundo análise qualitativa, desenvolvimento para a região.

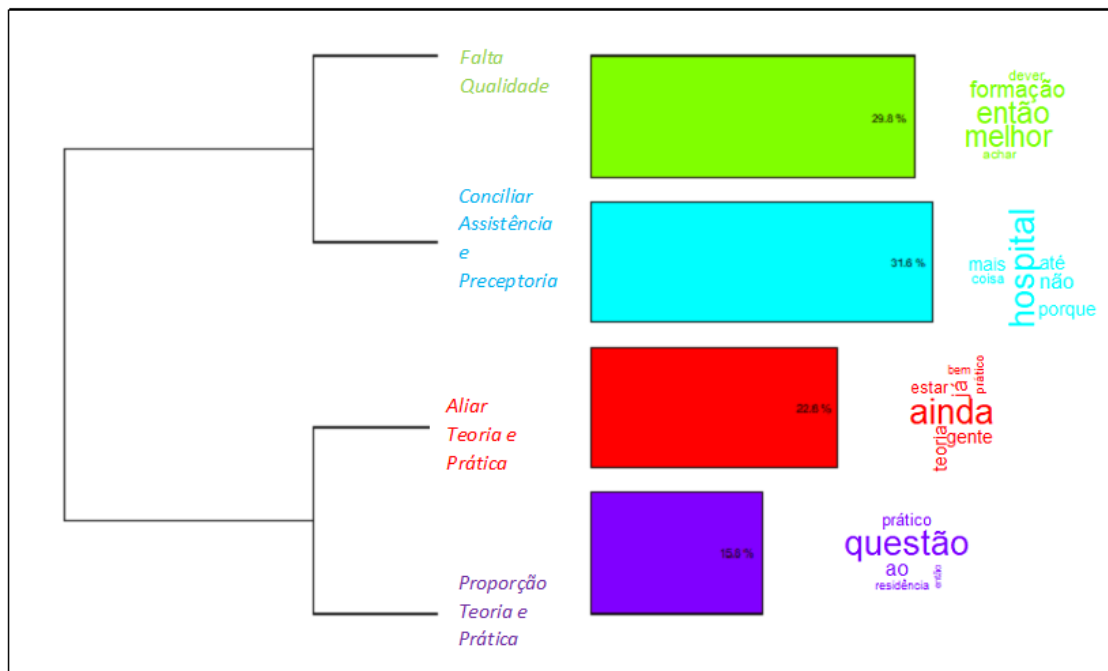
As ideias extraídas da classe 6 são complementadas pelas classes 1, que vê o curso como especialização, aprimoramento, classe 4, que depreende como uma forma de fixar a mão de obra especializada na nossa região e pela classe 2, que enxerga na Residência uma grande oportunidade para os que

saem da graduação. Na classe 1, as palavras de maior ocorrência são “agora” e “região”, exemplificando a importância de qualificar a mão de obra local. Na classe 4, as palavras de maior ocorrência são “trazer”, “necessidade”, “aqui” e “área”, que denotam a necessidade de fixar em nossa região, profissionais qualificados. Na classe 2, os termos de maior ocorrência são “sair”, “graduação” e “oportunidade”, demonstrando a oportunidade que o curso traz a quem termina a graduação, que antes precisava sair para buscar aperfeiçoamento, e agora pode encontrar aqui na cidade.

Na outra ponta do gráfico, estão as classes 3 e 6, que tratam do problema da falta de interação entre as diferentes categorias profissionais, mas que atribui esse problema ao processo de adaptação pelo qual passa o curso, que tem pouco tempo de implantação. Na classe 3, as palavras que mais aparecem são “ainda”, “processo”, “projeto” e “sofrer”, justificando os problemas pelos quais passam a residência como decorrentes do pouco tempo de implantação do curso. Na classe 6, com as palavras “gente”, “precisar”, “multiprofissional” e “conhecer”, os preceptores retratam a falta da interdisciplinaridade e a falta de interação entre os profissionais, além da dificuldade de acesso a esses profissionais.

O Dendograma abaixo se refere à segunda pergunta do roteiro de entrevistas aos preceptores – “Qual a sua percepção acerca da qualidade da formação dos residentes da Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia do Hospital Regional do Baixo Amazonas?”.

FIGURA 8 – DENDOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CHD) DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “QUAL A SUA PERCEPÇÃO ACERCA DA QUALIDADE DA FORMAÇÃO DOS RESIDENTES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS?” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS.



FONTE: Adaptada de Iramuteq (2017)

Na análise do corpus produzido chegamos a dois subcorpus com temáticas distintas, sendo que um deles reflete a falta de qualidade do curso, reforçada pela dificuldade de conciliação entre a assistência e a preceptoria. E o outro aborda a distância que existe entre as atividades práticas e teóricas do curso, assim como desproporção entre as atividades, que, segundo os entrevistados, se aprofunda em função do próprio desconhecimento, por parte dos preceptores, dos conteúdos abordados nas atividades práticas.

Com 22,8% de ocorrência, a classe representada no dendograma pela cor vermelha, reflete a dificuldade em aliar a teoria e a prática, como podemos observar nas falas:

Classe 1 (vermelho) – Aliar teoria e prática:

“...ainda tem um campo muito aberto de teoria em relação à prática...” (E1)

“...eu acho que o ideal é fazer uma correlação com aquilo que se esteja atuando por exemplo...” (E1)

“...eu acho necessário fazer um vínculo ao que ele está dando na prática para associar com a teoria, para não deixar muito disperso...” (E2)

A classe representada pela cor roxo, com 15,8% de ocorrência, retrata a desproporção existente entre as atividades teóricas e práticas, que, para os entrevistados, influencia na qualidade da formação dos residentes:

Classe 4 (roxo) – Desproporção Teoria e Prática:

“...estão procurando sanar agora, a partir desse semestre, porque geralmente está havendo muito espaço para a teoria e pouco espaço para a prática...” (E1)

“...é necessário melhorar essa questão, de explicar melhor as disciplinas teóricas de acordo com o que ele está estudando na prática...” (E3)

Para Lucena, Cavalcante, Miranda (2013), parte dos problemas enfrentados pelas Residências Multiprofissionais estão relacionados ao Projeto Político Pedagógico dos cursos e ressalta ainda que a atenção integral à comunidade requer dos profissionais íntima correlação entre a teoria e a prática. Dessa forma, os preceptores precisam conhecer os conteúdos que são ministrados nas aulas teóricas, a fim de permitir uma prática mais próxima da teoria. Nesse aspecto, a “verdade” extraída dos discursos dos entrevistados aponta para o problema do distanciamento entre a teoria e a prática, também abordado no estudo dos autores acima, trazendo a necessidade de melhorar a comunicação e o diálogo, assim como discutir o Projeto Político Pedagógico do curso.

Passando para o outro subcorpus, a classe representada pela cor azul claro, com 31,6% de ocorrência de segmentos de texto afins, faz referência a dificuldade de aliar a atividade assistencial com a preceptoria, haja vista a grande demanda do serviço e o grau de exigência da função. Para os preceptores, falta tempo para auxiliar os residentes no desenvolvimento das atividades:

Classe 3 (azul claro) – Conciliar Assistência com Preceptoria:

“...nós estamos em um hospital escola, mas os colaboradores não são só preceptores...” (E13)

“...eles são colaboradores, eles têm uma meta para atingir no hospital...” (E14)

“...aquele residente que depende apenas da minha disponibilidade para ajudar, vai ter com certeza uma qualidade reduzida, pois eu como preceptor não tenho esse tempo de estar repassando tudo...” (E8)

Com 29,8% de ocorrência, a classe de cor verde trata da impressão de má qualidade que os preceptores têm com relação ao curso, cujas causas foram explicitadas nas classes anteriores, citando também problemas relacionados à comunicação entre residentes e preceptores:

Classe 2 (verde) – Qualidade.

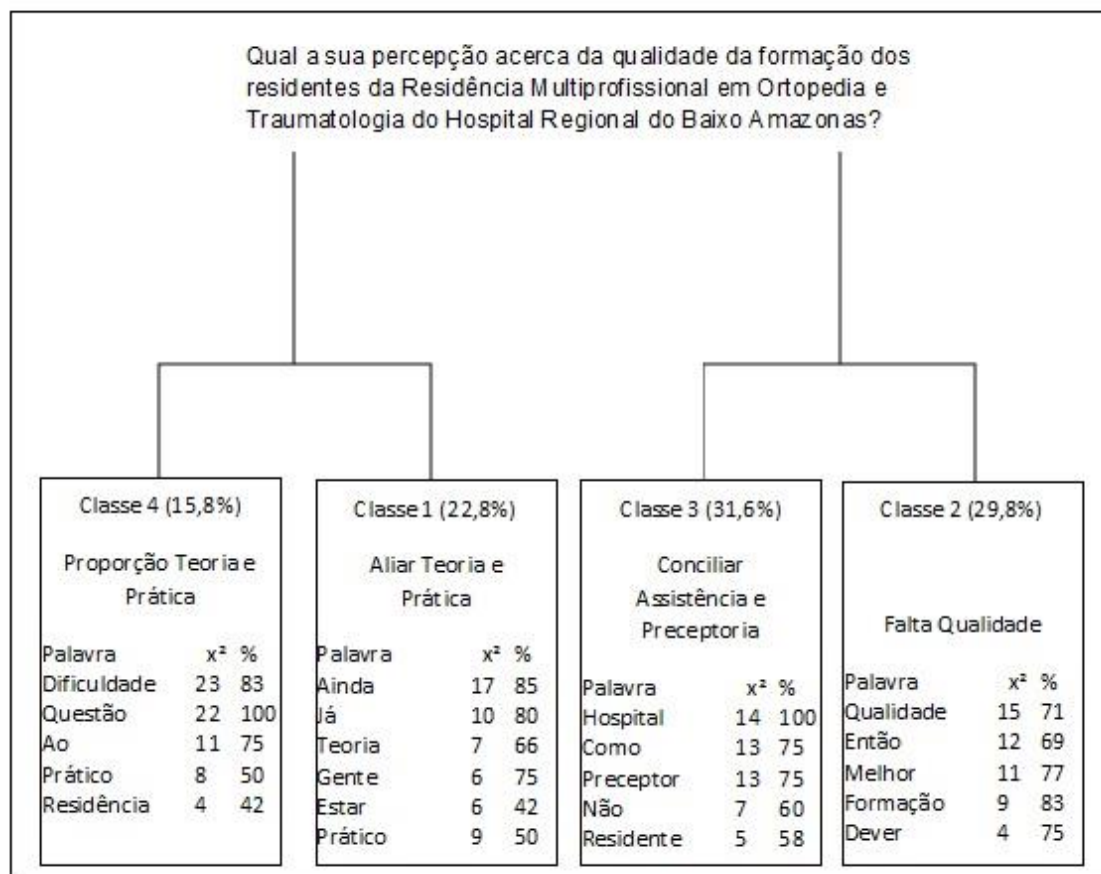
“...acho que nós não temos essa qualidade toda...” (E4)

“...eu acho que os residentes acabam não vendo algumas coisas que deveriam ver e acabam saindo com esse déficit no aprendizado...” (E6)

“...a qualidade deveria ser bem melhor, principalmente na comunicação do residente com o preceptor...” (E9)

Os preceptores que são profissionais da assistência, geralmente possuem metas a cumprir em seus locais de atuação, e, apesar de conhecer bem o serviço e a equipe que ali atua, encontram também dificuldades no exercício da preceptoria, principalmente no que diz respeito a conciliar a atividade assistencial com a preceptoria em função, na maioria das vezes, do tempo disponível para atingir as metas designadas a ele pelos serviços (FEUERWERKER, 2011). Para os autores Lucena, Cavalcante, Miranda (2013), esses problemas estão relacionados à organização dos serviços de saúde e impactam fortemente na qualidade da formação dos residentes. Os autores ressaltam, ainda, que a superação desses problemas passa pelo diálogo com as coordenações dos profissionais da assistência, a fim de que tenham tempo hábil para cumprir as metas designadas pelos serviços, assim como, para exercer à atividade da preceptoria, sendo a divisão do tempo e a adequação das metas, fundamentais para o sucesso dessa conciliação.

FIGURA 9 – GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO *CORPUS* “QUAL A SUA PERCEPÇÃO ACERCA DA QUALIDADE DA FORMAÇÃO DOS RESIDENTES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS?”, DESTACANDO χ^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES.



FONTE: O autor (2017)

De acordo com o gráfico acima, podemos reforçar as verdades extraídas da análise qualitativa, através da forte representatividade das palavras nas classes a seguir.

Na classe 4, que trata da desproporção entre teoria e prática, as palavras mais representativas foram “dificuldade”, “questão”, “prático” e “residência”, que reforçam a ideia da dificuldade em alinhar as atividades teóricas e práticas. Os posicionamentos explicitados nessa classe são reforçados pelas palavras de maior representatividade na classe 1, que foram “ainda”, “teoria”, “estar” e “prático”, que são reflexo do distanciamento entre teoria e prática no curso. Os relatos obtidos nas entrevistas demonstram a percepção dos preceptores acerca do distanciamento entre a teoria e prática como fator que influencia na qualidade da especialização.

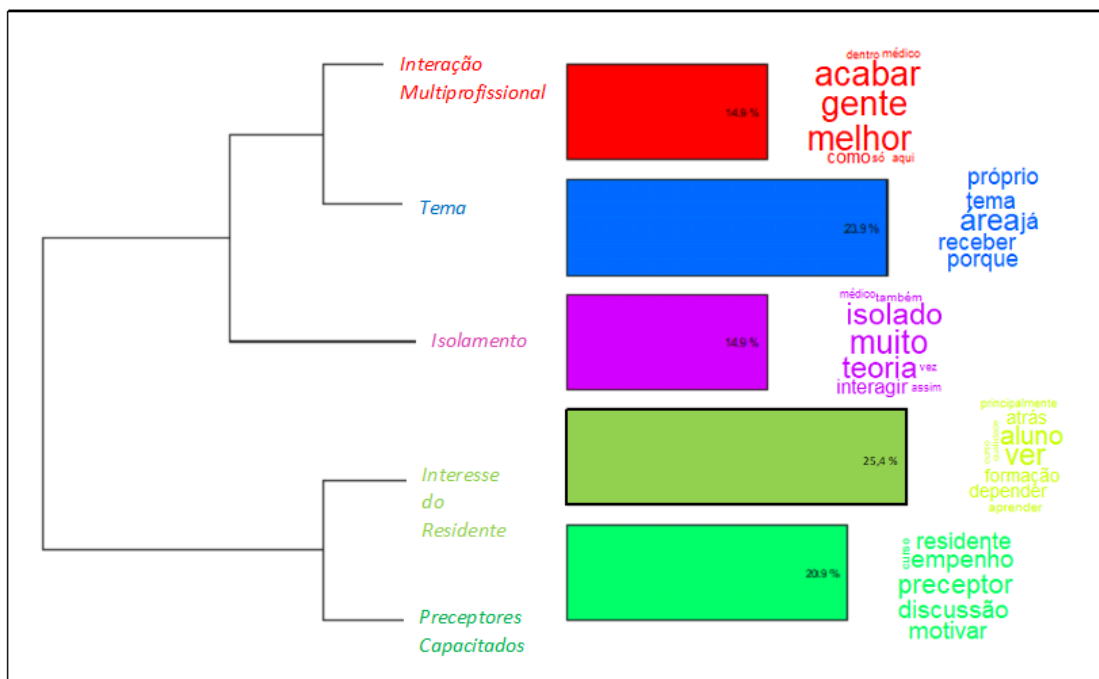
No outro subcorpus, ainda de acordo com o gráfico acima, os preceptores se posicionaram expondo sua percepção de que a qualidade do curso poderia ser melhor, e destacam como pontos chave para esse diagnóstico a dificuldade em aliar a atividade assistencial com a preceptoria.

Na classe 3, que trata da dificuldade em aliar a assistência e a preceptoria, as palavras mais representativas foram “hospital”, “preceptor” e “residente”, estabelecendo assim um link com a verdade extraída da análise subjetiva, onde as atividades desenvolvidas no hospital, as atividades assistenciais, demandam bastante tempo, o que implica dificuldade em conciliar ainda a atividade de preceptor, resultando em prejuízo aos residentes.

Na classe 2, que expõe a percepção dos preceptores acerca do déficit de qualidade do curso, as palavras mais representativas foram “qualidade”, “melhor” e “formação”, reforçando as falas que exemplificam essa percepção.

O Dendograma a seguir se refere ao terceiro quesito do roteiro de entrevistas – “Na sua opinião, o que faz de uma Residência Multiprofissional um curso de qualidade?”. A representação gráfica nos mostra que a resposta ao quesito se dividiu em dois grandes tópicos, um que destaca o interesse dos residentes e a qualidade dos preceptores como questões importantes para um curso de qualidade, e outro que aponta a interação multiprofissional e o tema adequado à realidade e necessidade da região, como quesitos a serem considerados para ter um curso de qualidade.

FIGURA 10 – DENDOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CHD) DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “NA SUA OPINIÃO, O QUE FAZ DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL UM CURSO DE QUALIDADE?” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS.



FONTE: Adaptada de Iramuteq (2017)

A classe de maior ocorrência, representada no dendograma pela cor verde claro, com 25,4%, trata do interesse do residente como fator essencial para a qualidade do curso, como podemos observar nas falas:

Classe 2 (verde claro) – Interesse do Residente:

“...vejo também, principalmente, pelo interesse dos residentes...” (E2)

“...para ser de qualidade vai depender dos residentes serem compromissados e quererem aprender com os preceptores...” (E2)

“...interesse do aluno de correr atrás do conhecimento...” (E11)

O estudo de Guimarães (2010), aponta a Residência como um período de transformação dos residentes, onde este desenvolve gradualmente uma visão crítica e humanista, mais adequada aos princípios do SUS, além de uma postura mais ativa no processo de aprendizagem, saindo de um contexto passivo para um contexto reflexivo sobre suas atitudes.

Os achados da presente pesquisa corroboram com o estudo de Guimarães (2010), que elenca o interesse do aluno e a postura mais ativa, como requisito para o sucesso do curso e para que a formação dos residentes seja de qualidade. É esperado, que esse processo de transformação possa levar um tempo para se consolidar, pois os residentes vêm de uma formação tradicional, onde o conhecimento era transmitido de maneira vertical pelos professores, e agora, tem que refazer o percurso do conhecimento de forma mais ativa e associada com a prática.

Na classe seguinte, com 20,9% e na cor verde, os entrevistados citaram a necessidade de capacitação dos preceptores como ação fundamental para a qualidade de uma residência, e cita ainda a motivação dos preceptores como item agregador de qualidade:

Classe 3 (verde) – Preceptores Capacitados:

“...precisamos capacitar mais os preceptores e tutores...”
(E6)

“...preceptores capacitados e motivados para ajudar na formação dos residentes...” (E3)

“...os preceptores têm que estar motivados para que tenhamos um curso de qualidade...” (E3)

Os resultados obtidos nessa classe corroboram com o estudo de Dias et al (2015), onde os preceptores não se sentem capacitados para lidar com os alunos da pós-graduação e explicitam a necessidade de capacitação para melhorar a qualidade do curso. ABEM (2013), aponta para a necessidade da formação pedagógica do preceptor, considerando o caráter assistencial do profissional que assume o papel de preceptor, sem a experiência docente. E reforça ainda que esse ponto tem forte influência sobre a formação dos residentes, tendo em vista o papel de referência profissional que o preceptor representa para o residente.

Da mesma forma Autonomo *et al* (2015), reforça a necessidade de discutir o papel do preceptor no processo de ensino e aprendizagem, destacando como atributo necessário para o desempenho da preceptoria a busca constante de aperfeiçoamento sobre temas específicos e sobre a própria preceptoria. Sobre esta questão Lucena, Cavalcante, Miranda (2013) chama a atenção para

a responsabilidade da gestão dos serviços onde estão implantadas as Residências Multiprofissionais, para estas autoras faz parte da gestão criar estratégias para a qualificação dos preceptores com cursos de formação em preceptoria.

No outro subcorpus, os preceptores abordam pontos fracos do curso que influenciam diretamente na qualidade, com 14,9% de ocorrência e na cor vermelha, temos a interação multiprofissional como fator pontuado pelos preceptores, que pode influenciar na qualidade da especialização:

Classe 1 (vermelho) – Interação multiprofissional:

"...tem que ter uma interação melhor entre a equipe do hospital, aqui mesmo só tenho relação eu e os residentes..." (E4)

"...os médicos têm que interagir mais com esses residentes..." (E9)

"...acho que melhorar a interação dos profissionais dentro do hospital..." (E14)

Na classe com a maior taxa nesse subcorpus, representada pela cor azul, com 23,9% de ocorrência, temos o tema como um dos grandes problemas, gerando descontentamento entre os entrevistados. Na opinião dos preceptores, o tema deve ser readequado às demandas e necessidade do hospital:

Classe 4 (azul) – Tema:

"...para mim o tema dessa residência não abrange todas as áreas do hospital..." (E6)

"...acredito que primeiro devemos eleger um tema que seja comum a todas as áreas da residência multiprofissional, para melhorar a qualidade da residência..." (E6)

"...é cada um realmente direcionado para sua própria área..." (E4)

Os elementos pontados na última classe desse subcorpus gera um problema maior, que, na opinião dos entrevistados, contribui para a queda na qualidade da pós-graduação. A classe representada no gráfico com a cor roxo,

com 14,9%, retrata o isolamento dos profissionais por classe como um grande problema, provocando déficit de interação multiprofissional e, conseqüentemente, interdisciplinar:

Classe 5 (roxo) – Isolamento:

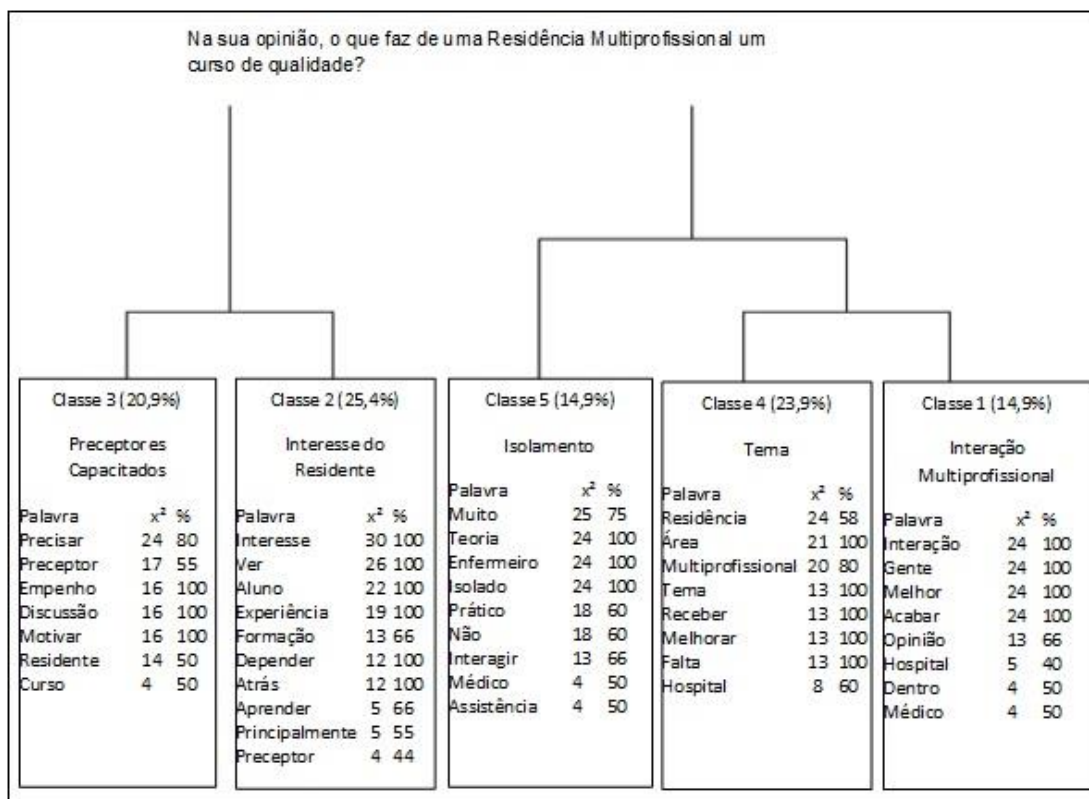
“...mas na prática eles estão muito isolados, interagem fisioterapeutas com fisioterapeutas, enfermeiros com enfermeiros...” (E8)

“...não temos contato nenhum com médicos, com enfermeiros, assim como com outros profissionais...” (E4)

Para atingir o propósito maior de integralidade na assistência, em atendimento aos princípios e diretrizes da integralidade da atenção e da intersetorialidade do SUS, as residências multiprofissionais devem possibilitar interação multiprofissional ou integral. Logo a interação multiprofissional deve ser indissociável à experiência prática vivida das residências. Além do mais, a interação multiprofissional tem o poder transformador que pode incidir na mudança do modelo tecnoassistencial, a fim de atender às demandas locais regionais. (FARAH, 2003).

As conclusões atingidas no estudo de Farah (2003) reforçam a visão dos preceptores de preocupação com a interação multiprofissional, evitando assim o isolamento do profissional na assistência ao usuário, possibilitando que essa assistência seja de fato integral. Para garantir a integralidade, devem ser observadas ainda as demandas regionais, o que reflete na fala dos entrevistados dessa pesquisa, observação que coloca o desígnio de um tema comum a todas as áreas como requisito para obtenção de um curso de qualidade.

FIGURA 11 – GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO *CORPUS* “NA SUA OPINIÃO, O QUE FAZ DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL UM CURSO DE QUALIDADE?”, DESTACANDO χ^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES.



FONTE: O autor (2017)

De acordo com o gráfico acima, a análise subjetiva logrou êxito ao extrair o significado das falas dos entrevistados, reforçando a eficácia da análise de conteúdo.

Na classe 3, que pontua a necessidade de capacitação dos preceptores como imprescindível para a qualidade do curso, as palavras com maior representatividade foram “precisar”, “preceptor”, “empenho”, “discussão”, “motivar” e “curso”. A capacitação dos preceptores funciona também como fator motivacional, reforçando a ideia extraída dos discursos.

Na classe 4, que pontua o interesse do residente como fator primordial à qualidade do curso, os termos com maior representatividade foram “interesse”, “aluno”, “formação”, “depender” e “atrás”. Para os entrevistados, esse é o principal fator que faz um curso de qualidade.

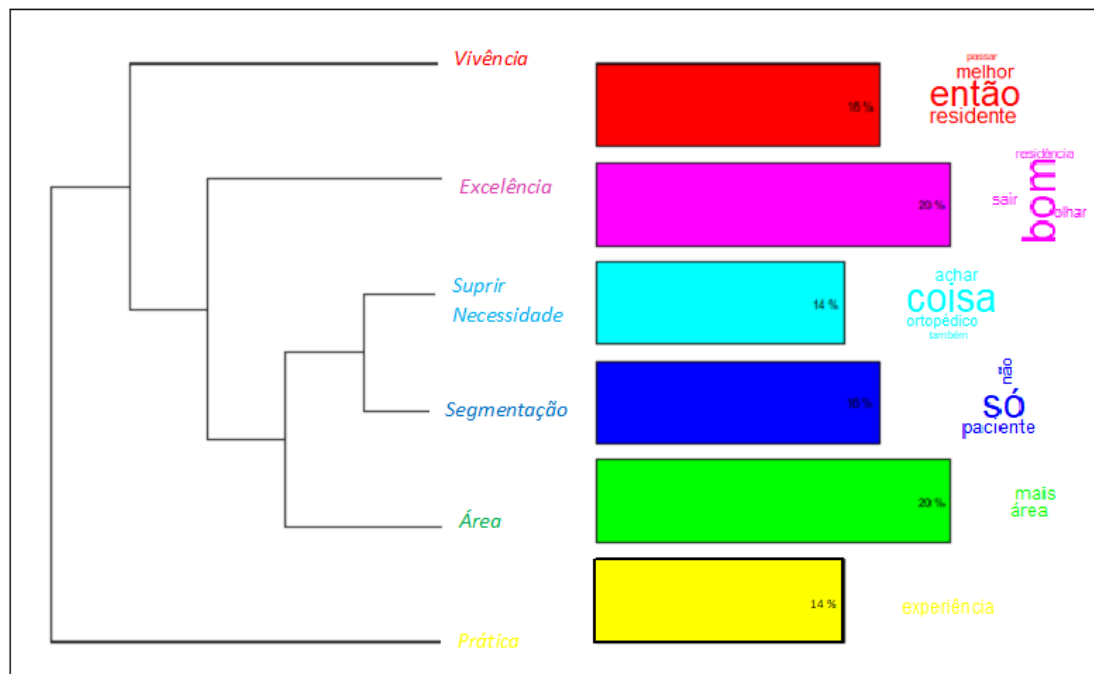
No outro subcorpus, a classe 5, que aborda o isolamento dos residentes e da própria equipe do hospital, as expressões com maior representatividade foram “enfermeiro”, “isolado”, “interagir”, “médico” e “assistência”.

Ainda segundo os entrevistados, esse isolamento encontrado na classe 5, é fruto da escolha de um tema que não é comum a todos os profissionais e não corresponde às necessidades do serviço. A questão do tema é apontada na classe 4, cujas expressões de maior representatividade foram “área”, “multiprofissional”, “tema”, “melhorar” e “hospital”.

Por último e reforçando a ideia de isolamento apontada na classe 5, a falta de interação multiprofissional é representada na classe 1, com as palavras de destaque sendo “interação”, “gente”, “melhor” e “hospital”.

O Dendograma abaixo foi extraído da análise da pergunta de número 4 – “Quais as suas expectativas em relação a formação profissional dos residentes da residência multiprofissional? ”.

FIGURA 12 – DENDOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CHD) DO CONTEÚDO ANALISADO PELO *CÓRPUS* “QUAIS AS SUAS EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS RESIDENTES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL?” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS.



FONTE: Adaptada de Iramuteq (2017)

Conforme a representação gráfica, o corpus se subdivide em duas linhas principais, uma retratando a experiência prática adquirida na residência e a coloca como ponto forte na expectativa de uma formação de qualidade. No outro

extremo do gráfico, pontos como a vivência que se passa no curso, o foco do curso na traumatologia e ortopedia, e críticas acerca da segmentação do tema, compõem as expectativas dos preceptores acerca da formação dos residentes.

Na classe representada pela cor azul claro, e com 14% de ocorrência, os entrevistados relatam que os profissionais formados pelo curso não suprem as necessidades do mercado local:

Classe 4 – Necessidade (azul claro):

“...profissionais que não suprem a necessidade do mercado local...” (E3)

“...eu acho que eles não vão suprir as necessidades da nossa região...” (E9)

Essa crítica é justificada na classe 5, de cor azul, pela segmentação da assistência, demonstrando mais uma vez a insatisfação dos entrevistados com o tema da Residência. Nessa classe, com 16% de ocorrência de segmentos afins, os preceptores tecem críticas acerca da fragmentação da assistência dos profissionais formados pelo programa, em função do tema que, ainda segundo os preceptores, deveria ser mais amplo:

Classe 5 (azul) – Segmentação.

“...é necessário você identificar o paciente e ver o paciente como um todo...” (E1)

“...o paciente tem que ser visto com uma visão holística e não apenas por segmento...” (E13)

A classe representada pela cor verde, com 20% de ocorrência, reforça que os profissionais formados pelo programa, terão boa qualificação para atuar com pacientes traumato-ortopédicos, porém, estarão despreparados para lidar com pacientes cujas doenças adentrem outras áreas:

Classe 3 (verde) – Área.

“...acho que esses profissionais vão sair muito mais qualificados para atuar no âmbito de traumatologia e ortopedia...” (E1)

“...acho que poderiam ser melhor formados, poderiam ser profissionais mais completos e não ficar restritos a uma área como a traumatologia e ortopedia...” (E3)

Fonseca e Junqueira (2014), apontam que devem ser criados mecanismos dentro dos programas de residência multiprofissional, a fim de atender ao princípio de integralidade na atenção, indo ao encontro aos achados revelados nessa pesquisa, onde os entrevistados relatam insatisfação com a condução da Residência Multiprofissional e, indiretamente, insatisfação com o foco da Residência. Isto porque, para eles, ela não permite uma visão holística, integral da assistência aos usuários, conseqüentemente, não atende às necessidades regionais de assistência na área da saúde.

A classe representada pela cor roxo, com 20% de ocorrência, aborda o objetivo do programa, formar profissionais de excelência, mas que para isso, ainda há muitos problemas a resolver. E, apesar das críticas explanadas nas classes/falas acima, existem boas expectativas na inserção desses profissionais no mercado de trabalho:

Classe 6 (roxo) – Excelência:

“...Nós temos que sair como profissionais de excelência, nessa residência nosso objetivo é esse, mas te garanto que ainda falta um bom caminho para chegarmos a essa excelência...” (E5)

“...a gente tem boas expectativas em cima deles...” (E6)

“...a minha expectativa com relação à entrada deles no mercado são boas...” (E6)

A expectativa positiva acerca da colocação profissional dos formandos se justifica na classe seguinte, de número 1, que com 16% de ocorrências e na cor vermelha, destaca que os diversos locais de estágio pelos quais passam os residentes durante o curso, constituem ponto favorável à formação dos mesmos:

Classe 1 (vermelho) – Vivência:

“...a minha expectativa de formação dos residentes é muito boa...” (E14)

“...em outra especialização talvez ele não tenha a qualificação profissional dos residentes que passam pelo hospital...” (E13)

“...como os residentes passam em alguns setores, eles têm experiências diferentes, então eu acho que é muito válido...” (E8)

No outro extremo do gráfico, com apenas uma classe representativa, o outro subcorpus retrata a vasta experiência prática obtida pelos residentes no decorrer do curso, e ressalta a importância desta na formação dos alunos. A classe é representada pela cor amarela e apresentou 14% de ocorrência:

Classe 2 (amarelo) – Prática:

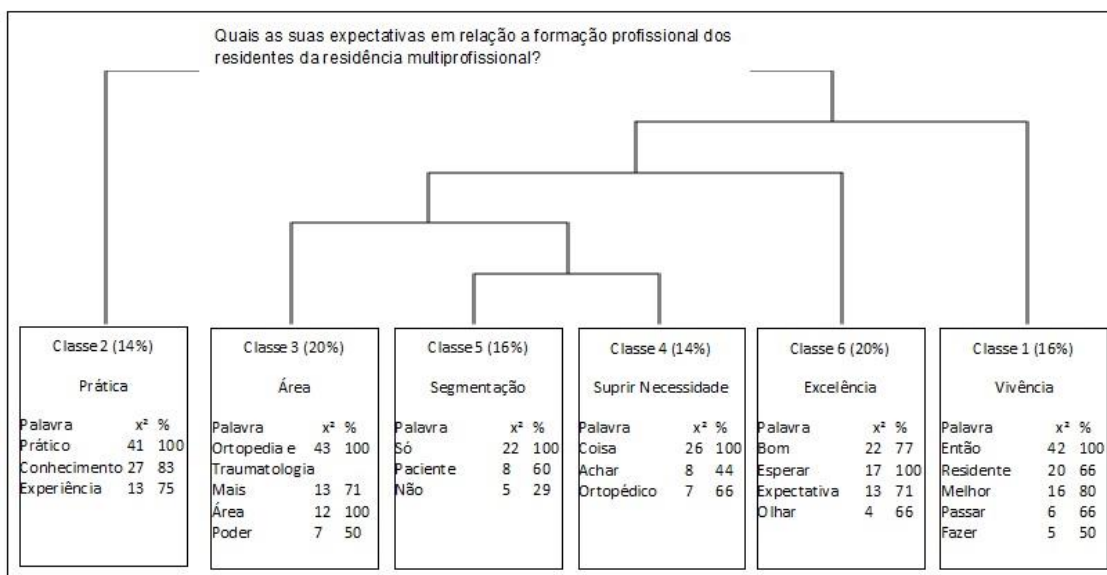
“...nós temos essa troca de experiência na parte prática e assistencial, nós temos colegas com vasta experiência e currículo vasto...” (E14)

“...justamente pela vivência prática que eles têm e não terão em outro lugar...” (E13)

“...essa experiência faz com que eles, depois de formados, façam um atendimento de qualidade...” (E11)

Para Lima (2014), as residências multiprofissionais têm no preceptor, um grande aliado na formação dos residentes, cujo papel fundamental do preceptor é o de aproximar os residentes da prática profissional, estreitando a relação entre terapeuta e paciente e contribuindo para a qualidade do curso. Ressalta ainda que essa aproximação com a prática contribui na formação de um profissional mais próximo às necessidades do SUS. A afirmação de Lima reflete às boas impressões extraídas dos discursos dos entrevistados dessa pesquisa, acerca da colocação no mercado de trabalho dos profissionais formados pelo curso, que tem como característica ser predominantemente prático, com cerca de 80% da carga horária total destinada às atividades práticas e assistências, o que permite aos pós-graduandos, adquirir vasta experiência através da vivência real nos cenários oferecidos pelo curso.

FIGURA 13 – GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “QUAIS AS SUAS EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS RESIDENTES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL?”, DESTACANDO X² E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES.



FONTE: O autor (2017)

De acordo com o gráfico acima, na classe 2, que aborda a vasta experiência prática adquirida pelos residentes no decorrer do curso, as palavras mais representativas foram “prático”, “conhecimento” e “experiência”, reforçando a ideia depreendida nas falas.

A classe 3 retrata o conflito da área de atuação dos residentes, e que reforça a qualificação para atuar estritamente no tema do curso, estabelecendo um déficit para atuação em outras condições de saúde que não se relacionem com o tema do curso. As palavras mais representativas dessa classe foram “traumatologia e ortopedia”, “área” e “poder”.

Na classe 5, que reflete a preocupação dos entrevistados com a segmentação da atuação dos alunos, as expressões representativas foram “só”, “paciente” e “não”, evidenciando a necessidade de ampliar o foco do programa.

A classe 4, cujas falas retratam claramente a opinião dos entrevistados de que o curso não supre as necessidades do mercado local é representada pelos termos “achar” e “ortopédico”.

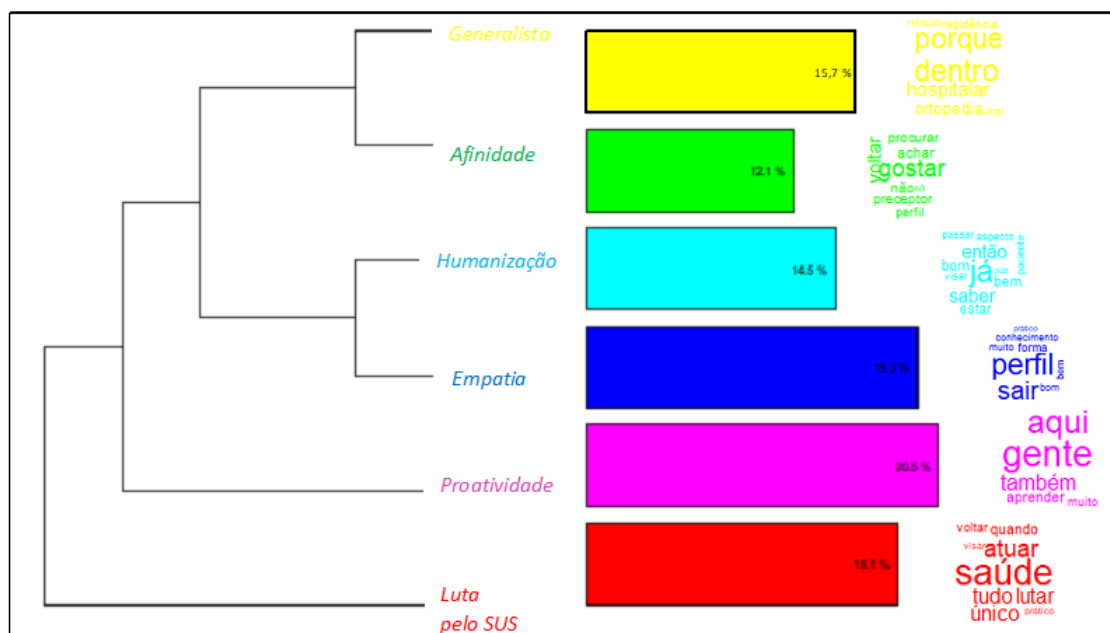
A classe 6 apresenta a ideia de que o curso pode formar profissionais de excelência, mas que ainda há um bom caminho a percorrer para tal, e apesar dos aspectos negativos, há boa expectativa de inserção dos profissionais

formados pelo curso no mercado. Essa classe é representada pelas expressões “bom”, “esperar”, “expectativa” e “olhar”.

Por fim a classe 1, vem justificar a boa expectativa de colocação profissional dos profissionais formados pelo curso destacando um ponto forte do curso, a vivência adquirida no curso pelos rodízios nos mais diversos setores do hospital. A última classe é representada pelos termos “residente”, “melhor” e “fazer”.

O Dendograma abaixo teve origem na análise da questão de número 5 do roteiro de entrevistas – “Para você, qual o perfil de um bom profissional formado por um programa de Residência Multiprofissional em Saúde? ”.

FIGURA 14 – DENDOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CHD) DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “PARA VOCÊ, QUAL O PERFIL DE UM BOM PROFISSIONAL FORMADO POR UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE?” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS.



FONTE: Adaptada de Iramuteq (2017)

Um aspecto importante foi elevado nas falas desse corpus, que é justamente a preocupação dos entrevistados em formar profissionais para o SUS, e, a partir dessa premissa, elencam virtudes relacionadas ao perfil ideal de um profissional de saúde como ser generalista, proativo, ter humanização e empatia, além de se identificar com a área de atuação do curso.

Na classe representada pela cor amarela, com 15,7% de ocorrência, os entrevistados se posicionaram a favor de um profissional generalista, como

exemplo de um bom perfil formado por um programa de residência na área da saúde, referindo-se de forma indireta e crítica ao foco da residência:

Classe 2 (amarelo) – Generalista:

“...aquele que procura obter conhecimentos gerais em relação à fisioterapia, aquele profissional que não está se detendo apenas na parte ortopédica...” (E12)

“...o profissional completo, porque multiprofissional não compreende apenas a área de ortopedia e traumatologia...” (E3)

A classe seguinte, representada pela cor verde, e com 12,1% de ocorrência, classifica a afinidade com a área de atuação da residência, como ponto fundamental inclusive para o ingresso no curso:

Classe 3 (verde) – Afinidade:

“...eu acho que o perfil ideal é perguntar se realmente gosta...” (E1)

“...eu acho que esse é o fator principal, se não gostar, eu nem me inscrevo na residência...” (E1)

Com 14,5% de ocorrência e de cor azul claro, a classe seguinte considera a humanização, fator essencial para constituir o perfil de um bom profissional especializado via curso da área da saúde:

Classe 4 (azul claro) – Humanização:

“...o mais humano possível, tentando ser atencioso e buscando o bem-estar daquela pessoa...” (E07)

Ligada à humanização e representada no gráfico pela cor azul, com 19,3% de ocorrência vêm a empatia, como componente de um bom perfil:

Classe 5 (azul) – Empatia:

“...para esse perfil deve ser uma pessoa com empatia e criatividade, porque na área de saúde pública, nós temos que ter muita criatividade porque faltam muitos recursos...” (E6)

“...o residente tem que ter a sensibilidade para interpretar o que as pessoas precisam, e, nesse sentido, os profissionais tem que sair com esse perfil bem moldado...”
(E10)

A classe representada pela cor roxo, com 20,5% de ocorrência, afirma que a proatividade constitui item importante ao preenchimento do perfil e que abraça as classes anteriores:

Classe 6 (roxo) – Proatividade:

“...tem que correr atrás sempre do melhor...” (E4)

“...pelas experiências que a gente tem aqui, esperam muito de nós, que estejamos solicitando algo...” (E1)

Por fim, a característica elencada pelos entrevistados que abarca todas as citadas anteriormente refere-se ao profissional que lute pelo SUS, capaz de atuar no setor público e influenciar a realidade da saúde pública:

Classe 1 (vermelho) – Luta pelo SUS:

“...eu acho que, acima de tudo, tem que ser um gerador de saúde visando o SUS...” (E8)

“...e que repasse esse conhecimento e que continue lutando pelo SUS...” (E13)

“...na área em que possa atuar, que lute pelo SUS...” (E13)

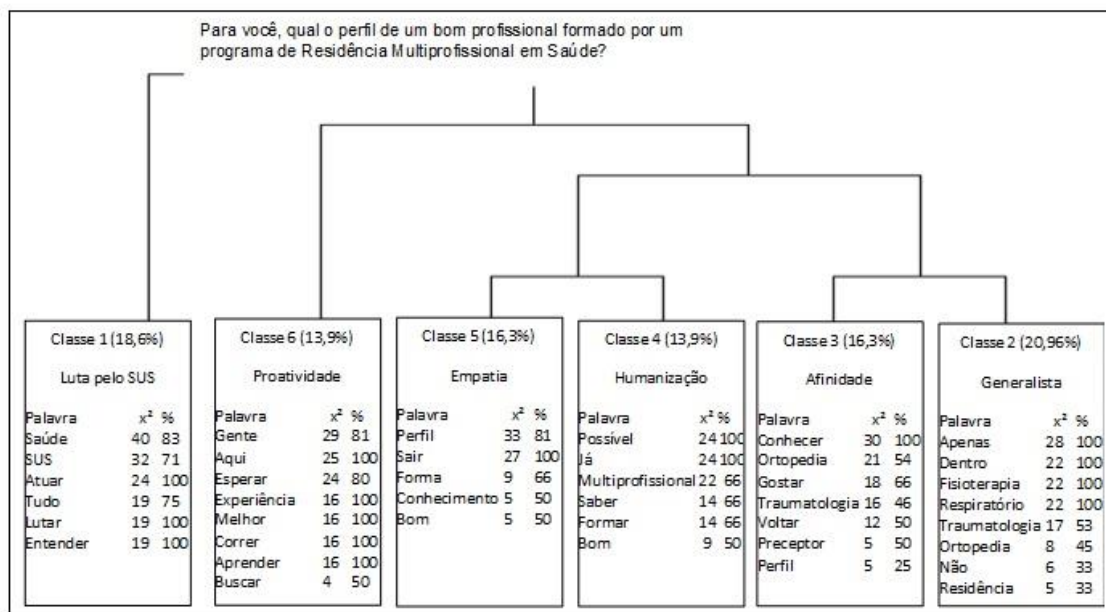
As características apresentadas pelos entrevistados como integrantes de um bom perfil para um profissional formado pelo curso, estão intimamente ligados aos objetivos dos Ministérios da Saúde e Educação, ao unir esforços para a regulamentação e implantação das Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil, que são principalmente relacionados à formação de profissionais de saúde preparados para lidar com as demandas do SUS (BRASIL, 2005). Nesse aspecto, o de apresentar de forma clara os objetivos dos cursos de Residência Multiprofissional, o programa logra êxito, como podemos ver nas falas dos preceptores.

A formação de um profissional generalista foi retratada por Fonseca e Junqueira (2014), para eles é necessário criar mecanismos a fim de formar

profissionais preparados para atuar de forma mais integral junto aos usuários. Também podemos associar os achados dessa pesquisa ao estudo de Guimarães (2010). A proatividade referida pelos entrevistados como integrante do perfil profissional, é explicada por este autor como parte do processo de transformação pelo qual os residentes passam durante o curso da Residência; ao longo da formação os residentes formam um olhar mais crítico e uma postura mais ativa no processo de aprendizagem.

Outro foco apresentado pelos entrevistados foi a humanização, reforçada por Skare (2012) ao destacar a Residência como ambiente propício ao desenvolvimento e formação do caráter humanista do residente, e apontar o preceptor como profissional responsável por promover o desenvolvimento dessa característica, dentre outras, como a ética e o profissionalismo, dentro das residências.

FIGURA 15 – GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “PARA VOCÊ, QUAL O PERFIL DE UM BOM PROFISSIONAL FORMADO POR UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE?”, DESTACANDO χ^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES.



FONTE: O autor (2017)

No gráfico acima podemos verificar a estreita relação entre a realidade extraída da análise subjetiva das falas apresentadas no quesito quinto e a representatividade encontrada e exemplificada em cada classe.

Na classe 1, que elenca a luta pelo SUS, os termos de destaque foram “saúde”, “SUS”, “atuar” e “lutar”, que soma significado às questões reveladas no corpus em questão.

Na classe 6, que elege a proatividade como característica importante ao perfil de um bom profissional formado por um programa de residência multiprofissional em saúde. As palavras de grande significado encontradas foram “gente”, “esperar”, “experiência”, “aprender e “buscar”. Essas palavras denotam a opinião dos entrevistados acerca de eleger a proatividade como ponto essencial à resposta do quesito.

Na classe 5, que trata da empatia do profissional de saúde, em se colocar no lugar do paciente e ter sensibilidade de interpretar os sinais pronunciados pelos que buscam o sistema público de saúde. As palavras de maior representatividade foram “perfil”, “forma”, “conhecimento” e “bom”.

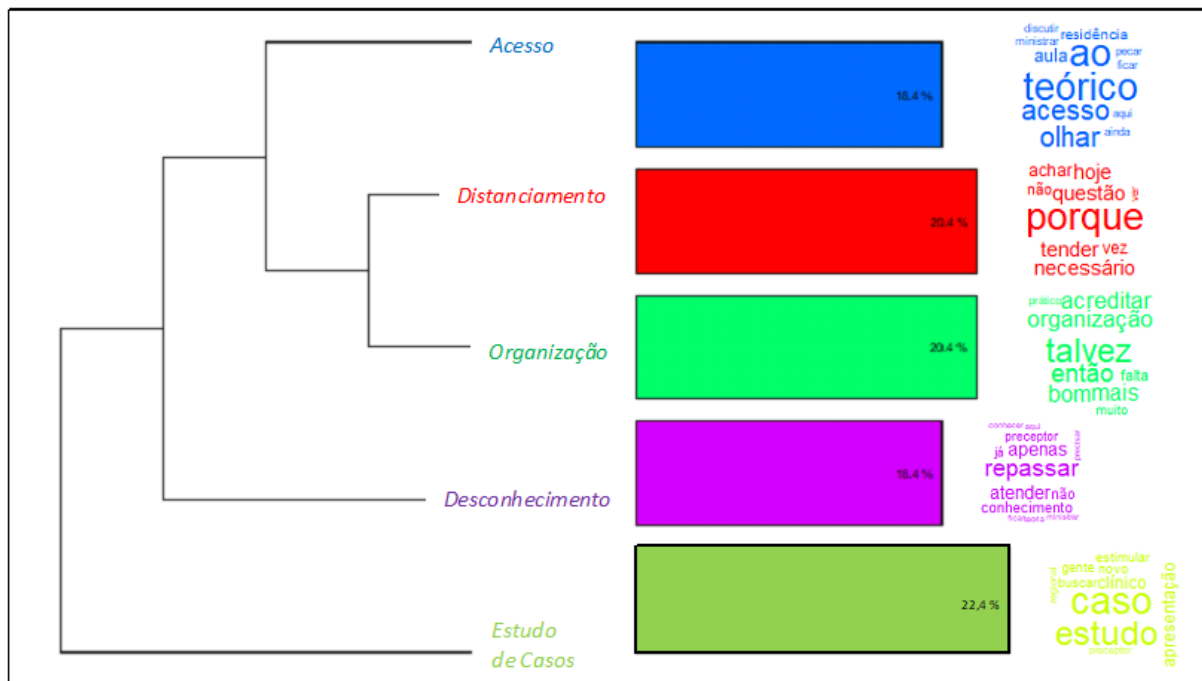
A classe 4, onde se discutiu a humanização como componente do perfil de um bom profissional, trouxe com maior representatividade as palavras “possível”, “multiprofissional”, “saber” e “bom”. As palavras em destaque revelam a expectativa dos entrevistados em formar profissionais quanto mais humanos possível.

A classe 3, onde os entrevistados elencaram afinidade com a área de atuação, fator primordial inclusive para ingresso no curso, apresentou com maior relevância as palavras “conhecer”, “ortopedia”, “gostar” e “traumatologia”.

A última classe, de número 2, faz referência ao profissional generalista, mais uma vez criticando o foco do programa de especialização, e afirmando a necessidade de produzir profissionais de formação mais ampla. As palavras mais representativas dessa classe foram “apenas”, “fisioterapia”, “respiratório”, “traumatologia” e “ortopedia”.

O próximo Dendograma foi criado a partir da sexta questão do roteiro de entrevistas – “Qual sua opinião sobre a integração entre teoria e prática na Residência Multiprofissional do HRBA? ”, aplicado aos preceptores.

FIGURA 16 – DENDOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CHD) DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “QUAL SUA OPINIÃO SOBRE A INTEGRAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DO HRBA?” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS.



FONTE: Adaptada de Iramuteq (2017)

A classe representada pela cor vermelha, com 20,4% de ocorrência, reflete a opinião dos entrevistados acerca do distanciamento que há entre a teoria e a prática dentro do programa de residência multiprofissional:

Classe 1 (vermelho) – Distanciamento:

“...porque não tem essa correlação hoje entre teoria e prática, a teoria é dispersa da prática...” (E1)

“...falta essa integração na residência...” (E13)

“...eu acho que isso está fraco, está muito fraco, a gente não está tendo essa integração...” (E4)

A classe representada no gráfico pela cor verde claro e com 20,4% de ocorrência, apresentam a organização como principal causa para o distanciamento entre as atividades teóricas e práticas, e critica a organização do curso, conforme vemos nas falas:

Classe 3 (verde claro) – Organização:

“...então falta um pouco de organização para conciliar a teoria e a prática...” (E14)

“...os residentes pecam muito quando eles relacionam a prática e a teoria e talvez seja uma falta de organização...” (E13)

A classe azul claro, com 18,4% de ocorrência, relata a opinião dos preceptores acerca da falta de acesso ao conteúdo programático, dificultando a integração entre a teoria e a prática e justificando as críticas relatadas nas classes anteriores:

Classe 4 (azul claro) – Acesso:

“...o ponto principal é que, quando eles têm essas aulas, os preceptores, que estão na ponta da residência, ficam sem saber o que está sendo discutido...” (E10)

“...a parte teórica das aulas eu não tenho conhecimento de como é que é, porque fica mais a cargo da universidade...” (E8)

Na raiz de todos os pontos elencados pelos entrevistados está a classe representada pela cor roxo, com 18,4% de ocorrência, na qual os preceptores demonstraram não saber se as atividades teóricas se alinham com as atividades práticas, pelo total desconhecimento dos conteúdos programáticos que são abordados nas aulas teóricas, como exemplificamos nas falas:

Classe 5 (roxo) – Desconhecimento:

“...mas eu não sei se está alinhada com a teoria, não posso emitir uma opinião, já que não conheço a teoria que é repassada a eles...” (E6)

“...eu não sei o que eles veem na teoria, eu não tenho conhecimento...” (E6)

Esse desconhecimento e distanciamento entre a teoria e prática, retratada nas falas dos entrevistados, constitui importante barreira para a qualidade da formação dos profissionais pós-graduados pelo curso. Para Lucena, Cavalcante, Miranda (2013), o êxito do curso passa pela estreita relação

que deve haver entre a teoria e a prática no curso, e aponta o projeto político pedagógico como um fator de mudança da realidade. Tanto o acesso ao programa como o total desconhecimento dos conteúdos teóricos presentes na formação dos residentes geram notória preocupação aos preceptores, como notamos nas respectivas falas.

Para Lima (2014), as residências encontram nos preceptores os principais aliados na aproximação dos residentes com a prática assistencial, que ocupa sempre a maior parte da carga horária destinada aos cursos, logo o preceptor deve se aproximar e conhecer o programa, incluindo todos os conteúdos programáticos e sua respectiva cronologia, a fim de estabelecer alinhamento entre a teoria e a prática. A mudança dessa realidade passa também pela organização das atividades pelos coordenadores das residências, permitindo maior acesso aos documentos do curso e divulgando o calendário das atividades teóricas. As coordenações, tanto dos cursos, quanto dos serviços, devem se organizar também a fim de propiciar a destinação de parte da carga horária dos preceptores para as atividades relacionadas à preceptoria (LUCENA, CAVALCANTE, MIRANDA 2013; FEUERWERKER, 2011).

Por fim, os entrevistados elencam a dinâmica dos estudos de caso, como forma de alinhar a teoria e prática. Como ficam responsáveis pela atuação prática dos residentes, os preceptores, com o intuito de reforçar a base teórica dos residentes e avaliar a capacidade de raciocínio teórico-prático, lançam mão de estudos de caso, como depreendemos das falas da classe de cor verde claro, com 22,4%:

Classe 2 (verde claro) – Estudos de caso:

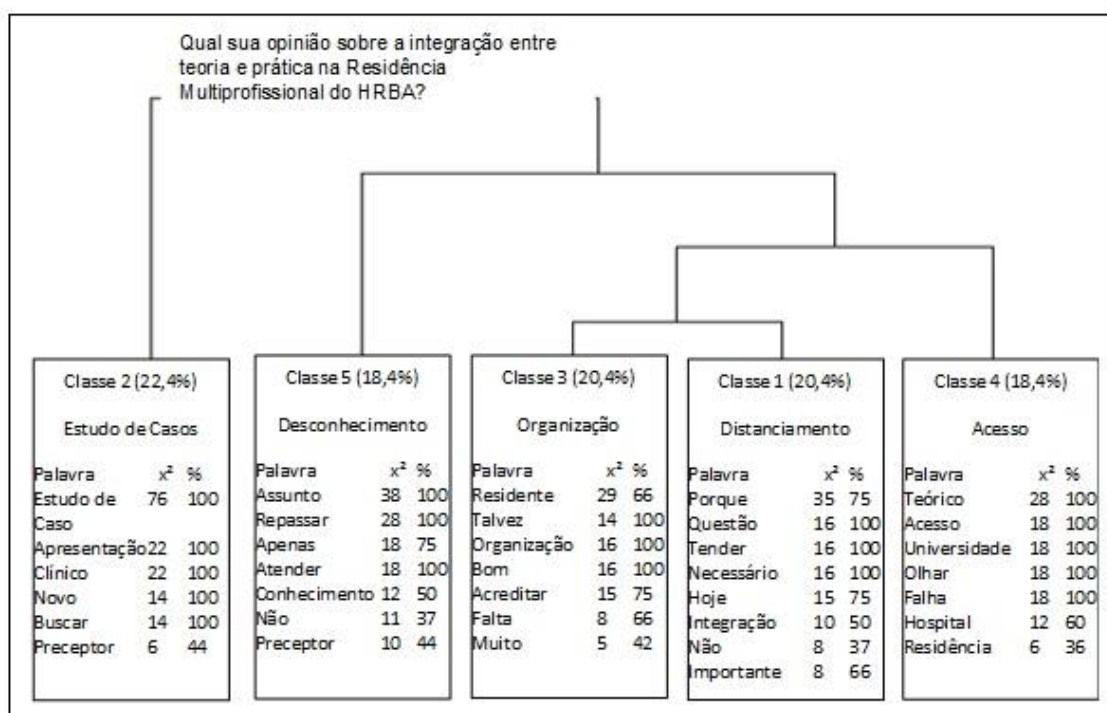
“...pelo menos no setor em que eu trabalho, ocorre com a apresentação de casos clínicos...” (E2)

“...então, para nós preceptores do hospital regional, a teoria funciona assim: se eu estou na prática e vejo que alguma coisa está faltando, a gente vai e faz um estudo de caso...”
(E8)

Conforme análise das falas dos entrevistados, uma das principais ferramentas de aproximação da teoria e prática utilizada pelos preceptores são os estudos de caso. Para Botti e Rego (2008), o preceptor é um dos principais

responsáveis pela formação dos residentes, e deve sempre procurar aproximar a prática com a realidade, podendo estabelecer a aproximação dos residentes com situações clínicas reais. Autonomo *et al* (2015), em sua pesquisa, colabora com o estudo de Botti e Rego (2008), afirmando que cabe ao preceptor estabelecer alternativas pedagógicas, além de aproximar os conteúdos teóricos com a prática clínica, a fim de facilitar o aprendizado do residente.

FIGURA 17 – GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “QUAL SUA OPINIÃO SOBRE A INTEGRAÇÃO ENTRE TEORIA E PRÁTICA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DO HRBA?”, DESTACANDO χ^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES.



FONTE: O autor (2017)

O gráfico correspondente reforça a análise subjetiva apresentada e as falas que servem de exemplo das verdades extraídas. Na classe 2, onde os entrevistados elencam os estudos de caso como elo entre a teoria e a prática, as palavras de maior representatividade foram “estudo de caso”, “apresentação”, “clínico” e “novo”.

A classe 5, que retrata o desconhecimento sobre os conteúdos que são ministrados nas aulas teóricas, traz como termos representativos “assunto”, “repassar”, “apenas”, “conhecimento” e “não”. Essas palavras reforçam esse desconhecimento.

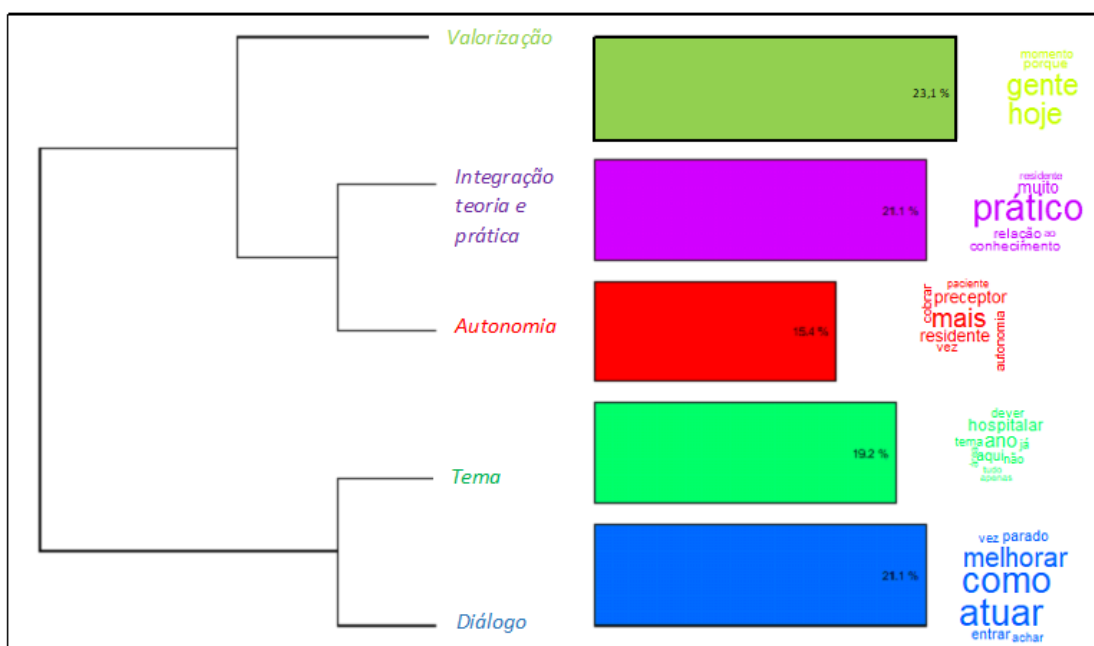
A classe 3, por sua vez, na qual as falas dos preceptores apontam a falta de organização como causa do distanciamento entre a teoria e a prática, traz como expressões representativas “residente”, talvez”, “organização”, falta” e “muito”, reforçando a desorganização expressa nos discursos dos entrevistados.

A resposta primária, de que há um distanciamento entre a teoria e prática, contida na classe 1, traz como palavras mais representativas “questão”, “tender”, “necessário”, “integração”, “não” e “importante”.

A classe 4, última a ser analisada nesse gráfico, fala das dificuldades de acesso aos conteúdos programáticos, como podemos ver nas palavras representativas “teórico”, “acesso”, “universidade” e “falha”. Essas expressões reforçam a ideia dos entrevistados de que os conteúdos práticos são de responsabilidade da universidade e que ocorre uma falha na disponibilização desses conteúdos aos preceptores, a fim de estabelecer melhor integração entre a teoria e a prática.

Este último Dendograma aborda a análise da questão de número 7 – “Para você, o que deveria ser incluído no programa de residência multiprofissional em Traumatologia e Ortopedia a fim de aprimorar a formação dos residentes? ”.

FIGURA 18 – DENDOGRAMA DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CHD) DO CONTEÚDO ANALISADO PELO CORPUS “PARA VOCÊ, O QUE DEVERIA SER INCLUÍDO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA A FIM DE APRIMORAR A FORMAÇÃO DOS RESIDENTES?” ACOMPANHADA DA ANÁLISE NUVEM DE PALAVRAS.



FONTE: Adaptada de Iramuteq (2017)

Representado na cor roxo, e com 21,1% de ocorrência, esta classe reforça o que foi amplamente discutido nesse trabalho, a integração entre teoria e prática constitui princípio básico a ser implementado no programa a fim de alcançar um curso de qualidade:

Classe 5 (roxo) – Integração teoria e prática:

“...em relação ao conteúdo programático e à prática executada por esses residentes, fica muito solto a teoria e a prática...” (E5)

“...o que é assimilado na teoria não é executado na prática por esses residentes...” (E4)

Associada à integração entre a teoria e a prática, representada pela cor vermelha, com 15,4% de ocorrência, vem a autonomia como ponto a ser implementado no programa da residência. Nas falas, os preceptores explicitam a necessidade de autonomia para cobrar mais atitude dos residentes e até para punir eventuais indisciplinas que justifiquem tal ação:

Classe 1 (vermelho) – Autonomia:

“...então precisamos cobrar mais dos residentes, eu acredito que se fosse dado mais autonomia ao preceptor para cobrar em relação ao próprio atendimento...” (E3)

“...então os preceptores têm que ter mais autonomia para cobrar dos residentes...” (E2)

A classe representada pela cor verde escuro, com 23,1% de ocorrência, classe esta com maior ocorrência, permeia uma expectativa contida nas entrelinhas de questões anteriormente discutidas, que é posta às claras nesse último quesito, a necessidade de valorização dos preceptores. As falas a seguir representam a opinião dos preceptores acerca da escassez de contrapartida ao exercício da preceptoria, que, para os entrevistados, pode acontecer através de cursos, folgas ou até mesmo aditivo salarial:

Classe 2 (verde escuro) – Valorização:

“...eu acho que primeiro tem que investir um pouco mais nos preceptores, investir em cursos para a gente...” (E4)

“...a gente não ganha nada com isso, e isso não gera interesse em participar desse projeto de ser preceptor...”

(E9)

A classe representada pela cor verde claro, com 19,2% de ocorrência, constitui uma das principais, senão a principal angústia dos preceptores, que foi discutida em quase todos os quesitos dessa entrevista. A necessidade de rever o foco da residência a fim de atender às demandas da região e o perfil de um bom profissional, é exemplificada nas falas a seguir:

Classe 3 (verde claro) – Tema:

“...primeiro tinha que retirar esse nome, retirar esse tema traumatologia e ortopedia, porque para mim, essa residência deveria ser uma residência hospitalar...” (E6)

“...o próprio residente poderia ver de tudo, e não só fechar na parte de ortopedia e traumatologia...” (E6)

A última classe retratada se une à discussão do tema da residência, pois reforça a necessidade de ampliar a participação dos preceptores nos mais diversos processos do curso, inclusive a necessidade de abrir um canal de diálogo, para que os preceptores possam se manifestar e contribuir com a reformulação do curso, retirando da universidade a exclusividade das principais decisões, conforme vemos nas falas da classe representada pela cor azul, com 21,1% de ocorrência:

Classe 4 (azul) – Diálogo:

“...eu acho que precisa aprimorar o diálogo e aí entram todos os atores da residência...” (E10)

“...depois discutir, o que pode melhorar e o que não pode...”
(E1)

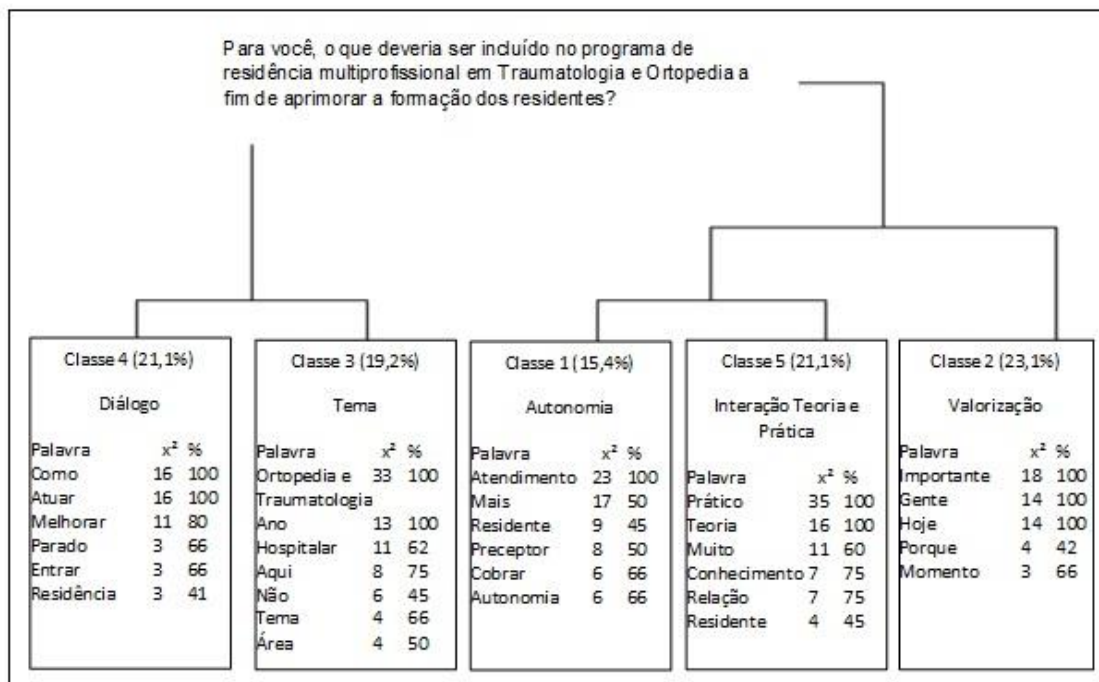
As impressões extraídas das falas dos preceptores nesse último quesito da entrevista, espelham um leque de problemas pelos quais passa, na visão dos preceptores, a Residência. Problemas que passam pela melhor interação entre a teoria e a prática, a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, a necessidade de capacitar os preceptores com formação pedagógica e, principalmente, a necessidade de ampliar a participação dos preceptores na

Residência. Para Autonomo *et al* (2015), vários são os atributos do preceptor em um programa de residência, dentre eles o de estimular o diálogo e a discussão em torno da residência, através de reuniões frequentes. Atribui-se também ao preceptor a busca por aperfeiçoamento, tanto da prática assistencial, quanto da sua própria formação pedagógica. Outra função agregada à preceptoria é a avaliação dos residentes, o que exige que os preceptores tenham autonomia para estabelecer os métodos de avaliação, assim como os critérios da avaliação, de forma personalizada e de acordo com a realidade vivenciada por ambos, preceptor e residente.

Lucena, Cavalcante, Miranda (2013), atribuem também aos coordenadores dos serviços de saúde, grande responsabilidade, ao passo que se faz necessário adequar as metas destinadas aos profissionais de saúde enquanto assistentes, a fim de permitir a incorporação da atividade de preceptor, com tempo hábil para satisfazer ambas as atividades. Cabe também aos serviços, promover capacitação aos preceptores, não só como meio de aperfeiçoamento, mas também como forma de valorização da atividade de preceptor.

Um dos principais temas levantados pelos preceptores, que esteve presente não só nesse último quesito, mas em toda a entrevista, de forma direta ou indireta, se refere à preocupação em estabelecer, na residência, um tema afim para todas as áreas e que valorize a integralidade. Cunha, Vieira, Roquete (2013), relacionam essa realidade à necessidade de implementar o cuidado voltado para as diretrizes do SUS, principalmente o princípio da integralidade, que depende de uma forte atuação multiprofissional, nem sempre alcançada pelos cursos de especialização nesse formato. Dessa forma, se faz necessários aprimorar a visão integral da assistência e reforçar a integração multiprofissional dentro da Residência.

FIGURA 19 – GRÁFICO DO CONTEÚDO ANALISADO PELO *CORPUS* “PARA VOCÊ, O QUE DEVERIA SER INCLUÍDO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA A FIM DE APRIMORAR A FORMAÇÃO DOS RESIDENTES?”, DESTACANDO χ^2 E PORCENTAGEM DE OCORRÊNCIA DE PALAVRAS NAS CLASSES CORRESPONDENTES.



FONTE: O autor (2017)

O gráfico referente ao último quesito constante no roteiro de entrevista aplicado aos preceptores, exemplifica as impressões subliminares contidas nas falas dos entrevistados.

A classe 4, que aborda a necessidade de diálogo e, conseqüentemente, maior participação dos preceptores nos processos da residência, traz como palavras representativas “como”, “atuar”, “melhorar”, “entrar” e “residência”, fortificando as impressões retiradas das falas dos entrevistados.

A classe 3, que trata da insatisfação dos entrevistados com o tema da residência, pode ser atribuída através das palavras representativas “ortopedia e traumatologia”, “aqui”, “não”, “tema” e “área”, reforçando essa preocupação dos preceptores demonstrada, não só nesse quesito, mas ao longo de toda a entrevista.

Na classe 1, onde os preceptores falam da necessidade de maior autonomia para cobrar os residentes condutas pertinentes com o bom andamento das atividades práticas da residência, apresenta como unidades

representativas as palavras “atendimento”, “residente”, “preceptor”, “cobrar” e “autonomia”.

Na classe 5, que reflete a preocupação dos voluntários da pesquisa com a integração entre a teoria e a prática no curso, apresenta as seguintes palavras mais representativas “prático”, “teoria” e “relação”.

A última classe do gráfico, no que tange à valorização da atividade de preceptor, inclusive sendo a classe de maior ocorrência no quesito, traz como reforço ao significado extraído da análise subjetiva os seguintes termos representativos: “importante”, “gente”, “hoje” e “momento”.

7 PRODUTO - CURSO DE EXTENSÃO

Essa pesquisa apontou para a necessidade de aprimorar a capacitação dos preceptores, fornecendo a estes, formação pedagógica, que esclareça o papel de cada integrante de uma Residência Multiprofissional, já que algumas das queixas dos preceptores, apontadas na pesquisa, revelam que estes não entendem bem seu papel nesse contexto. Além de esclarecer esse papel, a formação pedagógica aprimora a experiência da Residência, uma vez que fornece aos preceptores ferramentas, como metodologias ativas e técnicas de avaliação, que podem contribuir na prática da preceptoria, além de aumentar a satisfação dos preceptores, agindo como contrapartida à atividade, sanando algumas queixas acerca da valorização da figura do preceptor.

APRESENTAÇÃO

Curso de extensão englobando aspectos gerais da Residência Multiprofissional, além de treinamento acerca de aspectos metodológicos e noções de docência, metodologias ativas e avaliação. Os componentes curriculares foram idealizados a partir da opinião dos preceptores nessa pesquisa, preenchendo uma lacuna explicitada pelos mesmos, que é a formação pedagógica dos preceptores.

PÚBLICO ALVO

Preceptores da Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia.

OBJETIVO

Fornecer formação pedagógica aos preceptores da Residência Multiprofissional e, melhorar assim, a experiência da Residência.

PLANO DE ENSINO

Universidade do Estado do Pará	
CURSO: Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia	ANO/SEMESTRE: 2018/1
DISCIPLINA: Práticas Pedagógicas para Preceptores	TURNO: Integral
CARGA HORÁRIA: 60 horas	
PROFESSOR (A):	

1. EMENTA

A saúde pública e seu processo de transformação no Brasil; História e evolução da educação em saúde no Brasil; Residências médicas no Brasil; Residências Multiprofissionais no Brasil; O papel do preceptor na Residência Multiprofissional; O papel do residente na Residência Multiprofissional; O papel do tutor na Residência Multiprofissional; O papel do gestor na Residência Multiprofissional; Relação terapeuta-paciente; Os desafios da educação continuada para profissionais da saúde; Metodologias Ativas; Feedback; Métodos de Avaliação tradicionais; Métodos ativos de avaliação; Auto-avaliação.

2. OBJETIVOS

2.1 – Geral:

Promover capacitação pedagógica aos Preceptores do Programa de Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia.

2.2 – Específicos:

- Apresentar aos preceptores, o projeto político pedagógico e o regimento da Residência Multiprofissional.
- Capacitar os preceptores acerca dos papéis dos atores da Residência Multiprofissional;
- Fornecer aos preceptores conhecimentos acerca do funcionamento, regulamentação e diretrizes SUS;
- Apresentar aos preceptores as metodologias ativas como recursos pedagógicos;
- Instruir os preceptores sobre métodos e instrumentos de avaliação, assim como processos avaliativos tais como Feedback e auto-avaliação.

3. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

- A história e evolução da saúde pública no Brasil;
- SUS: regulamentação, diretrizes e necessidades;
- História da educação médica no Brasil;
- As Residências Médica e Multiprofissional;
- O papel dos atores da Residência;
- Metodologia Ativas;
- Métodos e processos de avaliação;
- Ferramentas tecnológicas e seu uso na educação em saúde.

4. METODOLOGIA

Aula expositiva e participativa; Metodologia ativa: TBL acerca de temas relacionados à disciplina. Leitura de literatura científica; escrita científica sobre temas específicos da disciplina; Seminário integrador.

5. RECURSOS

Projeção em Projetor Multimídia; Quadro; Pincel; Artigos científicos; monografias; dissertações e teses; Questionários.

7. AVALIAÇÃO

**Feedback;
Auto-avaliação;
Escrita científica.**

8. BIBLIOGRAFIA BÁSICA

ABEM. Associação Brasileira de Educação Médica. **Cadernos da ABEM: o preceptor por ele mesmo**. Vol 9. Rio de Janeiro, 2013. 106 p. ISSN 1806-5031.

AUTONOMO, F. R. O. M. **A preceptoria em saúde a partir das publicações brasileiras**. 2013. 64 f. Tese (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2013.

AUTONOMO, F. R. O. M. et al. A Preceptoria na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 39 (2) : 316-327; 2015. Fundação Oswaldo Cruz. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, M. C. N. **Papel do preceptor na residência multiprofissional: experiência do serviço social**. 2010. 43 f. (Especialização em práticas pedagógicas para a educação em serviços de saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

BATE, E.; HOMMES, J.; DUVIVIER, R. et al. Problem-based learning (PBL): getting the most out of your students - their roles and responsibilities: AMEE Guide Nº 84. **Med Teach**, p.1-12, 2014.

BERBEL, N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**., v.2, n.2, 2011.

BOTTI, S. H. O; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**. 32 (3) : 363–373; 2008. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. **Lei n. 11.129**, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União de 1º.7.2005. Brasília, 30 jun. 2005.

BRASIL. **Portaria Interministerial 2.118**, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial da União de 4.11.2005. Brasília, 4 nov. 2005.

BRASIL. **Portaria Interministerial Nº 1.214**, de 30 de maio de 2014. Certifica 8 (oito) unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Diário Oficial da União de 2.7.2014. Brasília, 2 jun. 2014.

CACETE, N.H. Breve história do ensino superior brasileiro e da formação de professores para a escola secundária. **Educ. Pesqui**, São Paulo, v.40, n.4, p. 1061-1076, out./dez. 2014.

CAMARGO, B. V; JUSTO, A. M. Iramutec: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**. Vol. 21, nº 2, p. 513-518, 2013.

CASTRO, A. V. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **Rev. Min. Enferm.**v13, n3, p. 429-434, 2009.

CLEMENTE, A. et al. Residência multiprofissional em saúde da família e a formação de psicólogos para a atuação na atenção básica. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.1, p.176-184, 2008.

DIAS, A. R. N. et al. Preceptoria em saúde: percepções e conhecimentos dos preceptores de unidade de ensino e assistência. **Revista Educação On-line**. n 19.Jun-Ago 2015. Pp. 83-89. Disponível em: <http://educacaoonline.edu.puc-rio.br/index.php/eduonline/article/view/176/pdf> Acesso em: 01 de Jan de 2018

DUBE, S.; GHADLINGE, M.; MUNGAL, S. et al. Students Perception towards Problem Based Learning. **IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)**, Volume 13, Issue 5. VI, p.49-53, 2014.

EDMUNDS, S.; BROWN, G. Effective small group learning: AMEE Guide Nº 48. **Med Teach**. 32:p. 715-26, 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação. In: RIBEIRO, V. M. B. **Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde**.1. ed. Juiz de Fora: UFJF, 2011. Cap. 4, 29-36. 126 p. ISBN 978-85-7672-114-7.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia – saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 253 p. ISBN 978-85-7753-164-6.

GOMES, R.; BRINO R, AQUILANTE, A. et al. Aprendizagem baseada em problemas na formação médica e o currículo tradicional de medicina: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Educ. Méd.** n. 33, p. 444-451, 2009.

GUIMARÃES, T.G. **Papel do preceptor na residência multiprofissional: experiência da nutrição**. 2010. 40 f. (Especialização em práticas pedagógicas para a educação em serviços de saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

HUNG, W.; JONASSEN, D.; LIU, R. Problem-Based Learning. **Handbook of Research on Educational Communications and Technology**, 3rd Edition, New York: Lawrence Erlbaum Associates, p.485-506, 2012.

KOZANITIS, A. **Les principaux courants théoriques de l'enseignement et de l'apprentissage: un point de vue historique**. Bureau d'Appui Pédagogique, 2005. Polytechnique Montréal. Disponível em <http://www.polymtl.ca/bap/docs/documents/historique_approche_enseignant.pdf>. Acesso em 15 out. 2016.

KWAN, C. Y. What is Problem-Based Learning (PBL)? It is magic, myth and mindset. **Centre for Development of Teaching and Learning**, August, Vol. 3 No. 3, p. 122-146, 2010.

LETTENMEIER, M.; AUTIO, S.; JANIS, R. **Project-based learning on life-cycle management – A case study using material flow analysis**. Lahti University of Applied Sciences, Lahti, Finland, 2014. Disponível em <http://www.lamk.fi/ecomill/ecomill-esilla/Documents/WRF_artikkeli%20Kulinaaritalo.pdf>. Acesso em 19 jun. 2014.

LIMA, P. A. B. **Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do PRÓ-PET-SAÚDE**. 2014. 86 f. Tese (Mestrado em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2014.

LUCKESI, Capriano Carlos. **Avaliação da aprendizagem componente do ato pedagógico**. São Paulo: Cortez, 2001. 1. Ed. P. 55.

MARIN, M. J.; LIMA, E.; MATSUYAMA, D. et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. **Rev. Bras. Educ. Med.**, 34 (1): 13–20; 2010.

MARTINS JUNIOR, J. **Como escrever trabalhos de conclusão de curso**. 9ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2015. 247 p. ISBN 978-85-326-3603-4.

MAZUR, E. **Peer Instruction: A User's Manual**. Boston: Addison-Wesley, 2012.

MICHAELSEN, L.; SWEET, M. **The Essential Elements of Team-Based Learning**. In: *New Directions for Teaching and Learning*, Special Issue: Team-Based Learning: Small Group Learning's Next Big Step, Volume 2008, Issue 116, p. 7-27, 2011.

MITRE, S.M et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.2, p.2133-2144. 2008.

PARÁ. **Resolução Nº 269**, de 17 de setembro de 2012. Aprova o Projeto de Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia no Hospital Regional do Baixo Amazonas, Dr. Waldemar Penna, no município de Santarém. Diário Oficial do Estado do Pará de 19.9.2012. Belém, 19 set. 2012.

PICKRELL, J.; CHI, D.; RIEDY, C. A Comparison of Dental Student-Reported Course Evaluation Scores Associated with Video and Paper Cases for a Problem-Based Learning Course on Dental Public Health. **Journal of Theory and Practice of Dental Public Health**. Vol 1 N. 4. p.16-19, 2014.

PINTO, A.; BUENO, M.; SILVA, M. et al. Inovação Didática - Projeto de Reflexão e Aplicação de Metodologias Ativas de Aprendizagem no Ensino Superior: uma experiência com “*peer instruction*”. **Rev. Janus**, ano 6, n. 15, 1 jan./jul, p.75-87, 2012.

RIBEIRO, L.R.C. **A aprendizagem baseada em problema (PBL): Uma implementação na educação em engenharia na voz dos atores**. 2005. 209f. tese (doutorado em educação), Universidade federal de São Carlos, São Carlos 2005.

ROMANELLI, L. O papel mediador do professor no processo de ensino aprendizagem do conceito átomo. **Rev. Química Nova na Escola**, nº 3, mai, p.27-31, 2011.

SANTOS, C.; SOARES, S. Aprendizagem e relação professor-aluno na universidade: duas faces da mesma moeda. **Rev. Est. Aval. Educ.**, São Paulo, v. 22, n. 49, p.353-370, maio/ago. 2011.

SCARPARO, A. F. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na Enfermagem. **Rev Rene**. São Paulo, 13(1):242-51, 2012.

SEMESP. STHM Brasil. **Sindicato das Entidades Mantenedoras de Estabelecimentos de Ensino Superior no Estado de São Paulo**, 07 mar. 2014. Disponível em <http://semesp1.tempsite.ws/semesp_beta/sthem-brasil/>. Acesso em 15 out. 2016.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23ª ed. São Paulo: Editora Cortez, 2007. 304 p. ISBN 978-85-248-1311-2.

SIQUEIRA, B.; SIQUEIRA, B. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**. n.14, p.1183-1192, 2009.

SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, v.4, n.2, p. 116-120, abr./jun. 2012.

SOBRAL, F.; CAMPOS, G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.46, n.1, Fev, p.208-218, 2012.

SUGAHARA, C.; JANNUZZI, C.; SOUSA, J. O ensino-aprendizagem baseado em problema e estudo de caso num curso presencial de Administração – Brasil. **Rev. Ibero americana de Educación**, n. 60/1, 2012.

TEIXEIRA, M.C. **Metodologia de Ensino**. Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO). 2015.

TEMPSKI, P. **Educação na saúde para preceptores do SUS: caderno do curso 2013**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde. São Paulo, 2013. 38 p. ISBN 978-85-66757-22-4.

THAPLIYAL, C. Educational appropriation of the blog-tool in project-based learning. Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité. **Cahiers de l'Apliu**, Vol. XXXIII N° 2, p. 170-191, 2014.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico- qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 6ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2013. 685 p. ISBN 978-85-326-2751-3.

VIEIRA, S; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para a área da saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2015. 179 p. ISBN 978-85-352-7715-9.

VILLARDI, Marina Lemos; CYRINO, Eliana Goldfarb; BERBEL, Neusi Aparecida Navas. **Mudanças de paradigma no ensino superior em saúde e as metodologias problematizadoras**. São Paulo: cultura Acadêmica, 2005, pp. 23-44.

WRIGHT, J. T. C, GIOVINAZZO, R. A. Delphi uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Cad Pesq Admin**. São Paulo, 1(12):54-65, 2000.

9. BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

AFONSO, D. H; SILVEIRA, L. M. C. Os desafios na formação de futuros Preceptores no contexto de Reorientação da Educação Médica. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ. Ano 1.2012.

ALEXANDRE, M.G. Ética e Bioética no processo de ensino -aprendizagem na residência em saúde. 2013. 41f. Monografia (Especialização em Práticas Pedagógicas em saúde do EDUCA SAUDE) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

BERTOLLI-FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2003.

BISPO, E. P. F; TAVARES, C. H. F; TOMAZ, J. M. T. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n.49, p.337-350, 2014.

CANTANI, S. D.; JENERAL, R. B. R. Abrindo o caminho para a residência multiprofissional em Saúde da família através da metodologia ativa de Aprendizagem em um município do interior do estado de São Paulo: relato de experiência In CONFERENCIA INTERNACIONAL – PROBLEM- BASED LEARNING AND ACTIVE LEADING METHODOLOGIES, 2016, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2016.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

--

10. ASSINATURAS

Jorge Carlos Menezes Nascimento Júnior

Edna Ferreira Coelho Galvão

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa trouxe à luz, a partir da percepção dos preceptores, diversos aspectos, positivos e negativos, de uma residência multiprofissional. Pudemos conhecer o que pensam os preceptores acerca da qualidade da formação dos residentes, além das expectativas vivas nos preceptores sobre a formação dos residentes, e ainda, os pontos a serem melhorados no contexto da residência. Baseado nessas informações, foi possível propor um curso de extensão uma possibilidade de intervir nesta realidade apontada pelos preceptores, e promover as transformações necessárias.

A respeito do que pensam os preceptores acerca da residência multiprofissional, podemos depreender, que o curso de residência multiprofissional representa uma grande oportunidade de qualificação profissional para os profissionais da saúde que se formam em nossa região, nos diversos cursos de graduação. Até pouco tempo atrás, antes da implantação da residência, os graduados na região do Baixo Amazonas tinham que se deslocar para diversos outros centros, a fim de alcançar uma especialização. Os preceptores veem nesse curso, também uma oportunidade de desenvolvimento da região, que agora, pode fixar mais profissionais. Alguns aspectos negativos também foram levantados, como a falta de organização do curso, falta de comunicação entre teoria e prática e ainda falha da interdisciplinaridade, porém, na visão dos preceptores, esses e outros fatores que foram alvos de críticas, podem ser justificados pelo pouco tempo de implantação do programa de pós-graduação em nossa região.

No quesito qualidade da formação profissional, os preceptores se mostraram otimistas, em função das várias áreas pelas quais os residentes têm oportunidade de estagiar, além da possibilidade de troca de experiências com os preceptores e ainda a possibilidade da ampliação dos horizontes dos residentes, com um intercâmbio na carga horária opcional. Contudo, apesar de ressaltar a qualidade da formação dos residentes no foco do programa, que é ortopedia e traumatologia, os preceptores lamentam a “restrição” imposta pelo tema da residência, e concordam que se o tema fosse mais amplo, a qualidade da formação seria melhor, haja vista a complexidade do hospital que serve como área de atuação para os residentes, que proporciona à população atendimentos

em clínica médica, cardiologia, ortopedia, cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia torácica, oncologia entre outras. Na opinião dos preceptores, esse afunilamento do tema, prejudica a formação dos residentes.

Com relação às expectativas dos preceptores sobre a formação dos residentes, a visão é positiva. Para os preceptores, os residentes terão a oportunidade de conseguir emprego após formados na área de atuação da residência, traumatologia e ortopedia. Os entrevistados ressaltam ainda a qualidade dos formados no programa, exclusivamente no tema do curso. Nesse quesito, a opinião dos preceptores condiz com a realidade, já que podemos constatar que alguns profissionais formados pela residência multiprofissional já estão atuando contratados pelo próprio hospital no qual fizeram suas práticas, inclusive hoje são preceptores, invertendo a posição assumida durante dos dois anos de pós-graduação.

Quando questionados sobre o que deveria ser incluído no curso de pós-graduação, os preceptores foram incisivos ao direcionar suas respostas para a necessidade de valorização da atividade de preceptor. Pontos como a falta de incentivo financeiro, falta de capacitação pedagógica e ainda falta de tempo para destinar à essa atividade, enfraquecem o curso e desmotivam os preceptores. Vozes também foram ouvidas no sentido de ampliar a participação dos preceptores nas decisões do curso, além de melhorar o acesso dos mesmos aos conteúdos ministrados nas aulas teóricas, a fim de que possam contextualizar com as práticas executadas, estabelecendo assim um link entre teoria e prática e melhorando a qualidade do programa.

A partir das falas dos preceptores, percebemos a imensa necessidade de valorizar os preceptores, esclarecendo a estes os papéis de cada ator da residência multiprofissional, além de fornecer a estes, formação pedagógica condizente com a atividade de preceptor, preenchendo assim, uma lacuna estabelecida entre a unidade executora, o hospital, e a unidade formadora, a universidade. Propomos então, um curso de extensão, destinado aos preceptores, a fim de capacitá-los e orientá-los nessa atividade tão importante e de grande impacto na formação dos profissionais de saúde, a preceptoria.

Essa pesquisa determinou um importante passo para o aperfeiçoamento da experiência da Residência Multiprofissional, onde fizemos ecoar a voz dos preceptores, que desempenham importante papel nesse cenário, mas que pouco

atua no planejamento e na tomada de decisões dos rumos da Residência, o que geralmente fica exclusivamente a cargo das Universidades. Dar voz ao preceptor e permitir que esse atue de maneira mais incisiva nas decisões, fortalece as relações entre todos os atores dos programas de Residência e reconhece a importância desse profissional tão importante, o preceptor. Esperamos que essa pesquisa estimule a mudança da realidade, permitindo ao preceptor, maior participação no planejamento dos cursos de especialização, e valorizando a preceptoria, para que tenhamos uma formação em saúde melhor e que traga amplos benefícios à sociedade.

9 REFERÊNCIAS

ABEM. Associação Brasileira de Educação Médica. **Cadernos da ABEM: o preceptor por ele mesmo**. Vol 9. Rio de Janeiro, 2013. 106 p. ISSN 1806-5031. Disponível em: <http://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM__Vol09.pdf>.

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Caderno de Saúde Pública**. v.26, n.12, p.2234-2249, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200003>>.

AMARAL, M. C. S.; PONTES A. G. V.; SILVA, J. V. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. **Interface - comunicação saúde educação**. v. 18, n. 2, p. 1547-1558, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/interface_comunicacao_saude_educacao_18_supl2_2014.pdf>.

AUTONOMO, F. R. O. M. **A preceptoria em saúde a partir das publicações brasileiras**. 2013. 64 f. Tese (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/ens-30593>>.

AUTONOMO, F. R. O. M. et al. A Preceptoria na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 39 (2) : 316-327; 2015. Fundação Oswaldo Cruz. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbem/v39n2/1981-5271-rbem-39-2-0316.pdf>

BARATA, L.R.; MENDES, J. D.; BITAR, O. J. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Revista de administração em Saúde**. v.12, n. 46, p. 7-14. 2010. Disponível em:<sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras46.pdf>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, M. C. N. **Papel do preceptor na residência multiprofissional: experiência do serviço social**. 2010. 43 f. (Especialização em práticas pedagógicas para a educação em serviços de saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em:<<http://hdl.handle.net/10183/32950>>.

BOTTI, S. H. O; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**. 32 (3) : 363–373; 2008. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300011>>.

BOURDIEU P. **O poder simbólico**. 14a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.

BRASIL. **Portaria Interministerial 2.118**, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Diário Oficial da União de 4.11.2005. Brasília, 4 nov. 2005.

Disponível em:

<download.inep.gov.br/download/superior/2005/.../portaria_interministerial_2118.pdf>

BRASIL. **Portaria Interministerial Nº 1.214**, de 30 de maio de 2014. Certifica 8 (oito) unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Diário Oficial da União de 2.7.2014. Brasília, 2 jun. 2014. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri1214_30_05_2014.htm>

CAMARGO, B. V; JUSTO, A. M. Iramutec: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**. Vol. 21, nº 2, p. 513-518, 2013.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>>

CLEMENTE A; MATOS, R.D. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a Formação de Psicólogos para a Atuação na Atenção Básica.

Saúde Soc, v.17, n.1, p.176-184. 2008. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000100016>>

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. 3. ed. – Porto Alegre: Penso, 2014.

CUNHA, F.Y; VIEIRA, A; ROQUETE, F.F. Impacto da residência multiprofissional na formação profissional em um hospital de ensino de Belo Horizonte. In: SEGeT (Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia), 2013, Belo Horizonte. Disponível em:

<<http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos13/15318312.pdf>>

DIAS, A. R. N. et al. Preceptorial em saúde: percepções e conhecimentos dos preceptores de unidade de ensino e assistência. **Revista Educação On-line**. n 19.Jun-Ago 2015. Pp. 83-89. Disponível em: <http://educacaoonline.edu.puc-rio.br/index.php/eduonline/article/view/176/pdf>

FARAH, B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS**, v.6, n.2, p.123-125,2003. Disponível em:

<www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf >

FERREIRA, Sílvia. **Residência Integrada em Saúde: Uma modalidade de ensino e serviço**. Universidade Federal do rio Grande do Sul. Tese

(Dissertação de Mestrado). Porto Alegre, 2007. Disponível em:<
<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/12419>>.

FEUERWERKER, L. C. M. As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação. In: RIBEIRO, V. M. B. **Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde**. 1. ed. Juiz de Fora: UFJF, 2011. Cap. 4, 29-36. 126 p. ISBN 978-85-7672-114-7.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, G. S; JUNQUEIRA, S. R. Programa de Educação pelo trabalho para a saúde da Universidade de São Paulo (Campus Capital): o olhar dos tutores. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(4):1151-1162, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01151.pdf>>.

FOULCAULT, M. **Microfísica do Poder**, Rio de Janeiro: Graal, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 253 p. ISBN 978-85-7753-164-6.

FREITAS, S. F. T.; KOVALESKI, D. F.; BOING, D. F. Desenvolvimento moral em formandos de um curso de odontologia: uma avaliação construtivista. **Revista Ciência & Saúde**. v. 12, n.10, p. 453- 362. 2005. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200023>.

FURLANETTO, S. M. A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 26, n.2, p.139-40, 2004. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000200018>.

GALVÃO, C. P. **A gestão do Ensino da Residência Multiprofissional em Saúde no HRBA. Santarém: Contribuições para a consolidação da cultura de Hospital Ensino na Amazônia**. Universidade Federal do Oeste do Pará. Tese (Mestrado em Educação). Santarém. 2017. Disponível em:<
http://sigaa.ufopa.edu.br/sigaa/public/programa/noticias_desc.jsf?lc=pt_BR&id=850¬icia=-1272519846>.

GUIMARÃES, T.G. **Papel do preceptor na residência multiprofissional: experiência da nutrição**. 2010. 40 f. (Especialização em práticas pedagógicas para a educação em serviços de saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em:<<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/32964>>.

KRIPPENDORFF, K. **Content analysis: an introduction to its methodology (3a ed.)**. Los Angeles: SAGE. Apud: **As definições de assentamentos precários e favelas e suas implicações nos dados populacionais: abordagem da análise de conteúdo**. 2013 Disponível

em:<<http://www.scielo.br/pdf/urbe/2015nahead/2175-3369-urbe-2175-3369007003AO03.pdf>>.

LIMA, P. A. B. **Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do PRÓ-PET-SAÚDE**. 2014. 86 f. Tese (Mestrado em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2014. Disponível em:<www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000500779&script=sci_abstract>.

LUCENA, C.M; CAVALCANTI, P.B; MIRANDA, A.P.R.S. **Inconsistências e potências na formação em saúde: estudo de caso da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Lauro Wanderley**. 2013. Disponível

em:<www.politicaemsaude.com.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3003>.

LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária, 2004.

MARTINS JUNIOR, J. **Como escrever trabalhos de conclusão de curso**. 9ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2015. 247 p. ISBN 978-85-326-3603-4.

MENDES, L. C et al. Relato de experiência do primeiro ano da residência multiprofissional hospitalar em saúde, pela ótica da Psicologia. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v.14, n.1. 2011. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100008>.

MIRANDA M. G. O. **Projeto político de formação do enfermeiro: contextos, textos, (re) construções**. 2010. [Tese] - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010. Disponível em:<<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/18311>>.

NOGUEIRA, D. L et al. Avaliação dos Hospitais de Ensino no Brasil: uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.39, n.1, p.151-158. 2014. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/rbem/v39n1/1981-5271-rbem-39-1-0151.pdf>.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.32, n.4, p.492–499, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000400012>.

PALMEIRA, A.M.B; MATTOS, P; PETERS, L.M. **O que é o hospital de ensino? Cartilha**. Brasília: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências

da Saúde. Grupo técnico Central de Hospitais de Ensino, 2012. Disponível em: <<http://dominioprovisorio.tempsite.ws.fepecs2011>>

PARÁ. Regimento do Programa de Residência Multiprofissional da Universidade do Estado do Pará e Hospitais Associados. Belém, 20 jan. 2015.

PARÁ. Resolução Nº 269, de 17 de setembro de 2012. Aprova o Projeto de Residência Multiprofissional na Atenção Integral em Ortopedia e Traumatologia no Hospital Regional do Baixo Amazonas, Dr. Waldemar Penna, no município de Santarém. Diário Oficial do Estado do Pará de 19.9.2012. Belém, 19 set. 2012.

PAZIDZIORA, R. Z. A Residência Multiprofissional em Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Monografia (Especialização em Práticas pedagógicas em serviço de saúde). Porto Alegre. 2013. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/76076/000892993.pdf?sequence=1>>.

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. A. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. **Mental.** n. 17, p. 523-536, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42023679002>>.

PIRES, R. O. M. O pensamento crítico de Paulo Freire sobre humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo. 2008. 311f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Universidade de São Paulo. Escola de enfermagem, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/.../RODRIGOOTAVIOMORETTIPIRES.pdf>.

PIRES, R. O. M.; BUENO, S. M. V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. **Acta Paulista de Enfermagem.** v.22, n. 04, p. 439-44, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000400015&script=sci_abstract&tlng=pt>.

PONTES, A. L.; SILVA, R.; JUNIOR, A. G. S. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica.** v. 30, n. 2, p. 66-75, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022006000200009&script=sci_abstract&tlng=pt>.

SEVERINO, A. J. Metodologia do Trabalho Científico. 23ª ed. São Paulo: Editora Cortez, 2007. 304 p. ISBN 978-85-248-1311-2.

SILVA, C. T et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto Contexto Enferm,** v.25, n.1. p.1-9.

2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2760014.pdf>>.

SKARE, T. L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, v.4, n.2, p. 116-120, abr./jun. 2012. Disponível em:< <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/251/241>>.

TEMPSKI, P. **Educação na saúde para preceptores do SUS: caderno do curso 2013**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde. São Paulo, 2013. 38 p. ISBN 978-85-66757-22-4.

TONET, I. **Educação, cidadania e emancipação humana**. 2ª ed. São Paulo, 2005.

TORRES, R.B.S; BARRETO, I.C.H.C; CARVALHO, J.B. Conflitos e avanços na implementação de uma Residência Integrada em Saúde com ênfase em Cancerologia. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.40, n.3, p. 370-376. 2015. Disponível em:< <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/download/824/719>>.

TRAJMAN, A. et al. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.33, n.1, p.24-32. 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022009000100004&script=sci_abstract&tlng=pt>.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico- qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 6ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2013. 685 p. ISBN 978-85-326-2751-3.

VIEIRA, S; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para a área da saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2015. 179 p. ISBN 978-85-352-7715-9.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. 1. ed. – Porto Alegre: Penso, 2016.

10 APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro da entrevista direcionado aos preceptores

A Formação de Residentes sob o Olhar dos Preceptores da Área de Fisioterapia em um Programa de Residência Multiprofissional no Interior da Amazônia.

Entrevista N. _____

Identificação do entrevistado:

Codinome: _____

Sexo: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Estado civil: _____

Roteiro de Entrevista:

1 – Como você vê o programa da Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia do Hospital Regional do Baixo Amazonas?

2 – Qual a sua percepção acerca da qualidade da formação dos residentes da Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia do Hospital Regional do Baixo Amazonas?

3 – Na sua opinião, o que faz de uma Residência Multiprofissional um curso de qualidade?

4 – Quais as suas expectativas em relação a formação profissional dos residentes da residência multiprofissional?

5 – Para você, qual o perfil de um bom profissional formado por um programa de Residência Multiprofissional em Saúde?

6 – Qual sua opinião sobre a integração entre teoria e prática na Residência Multiprofissional do HRBA?

7 – Para você, o que deveria ser incluído no programa de residência multiprofissional em Traumatologia e Ortopedia a fim de aprimorar a formação dos residentes?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PRECEPTOR)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem por título **A Formação de Residentes sob o Olhar dos Preceptores da Área de Fisioterapia em um Programa de Residência Multiprofissional no Interior da Amazônia**, a fim de concluir meu curso de mestrado em Ensino em Saúde, cursado na Universidade do Estado do Pará. Esta pesquisa tem como objetivo verificar, a partir da percepção dos preceptores acerca da formação profissional dos residentes, em um programa de residência multiprofissional em saúde, a necessidade/viabilidade de revisão do currículo da residência com inclusão de disciplina dentro do eixo específico. Se você aceitar este convite terá que responder a duas entrevistas, em dois momentos distintos, uma no início do estudo para que o pesquisador conheça o que você pensa sobre a formação viabilizada pelo programa de residência multiprofissional e outra mais ao fim, após o desenvolvimento de uma disciplina com os residentes, a fim de verificar os impactos que você percebeu nos residentes após a disciplina ofertada. Estas entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas, as análises se darão em torno do coletivo de respostas, e somente os resultados gerais serão apresentados e publicados. É garantido o total sigilo de sua identidade antes, durante e após o estudo.

Os benefícios dessa pesquisa consistem nas melhorias no planejamento e execução dos cursos de pós-graduação no formato residência multiprofissional, trazendo à comunidade científica precioso conhecimento que pode colaborar no surgimento de novas pesquisas, assim como aprimorar o processo de ensino-aprendizagem nos programas de residência.

Os riscos possíveis riscos de sua participação neste trabalho são a sua identificação e exposição, podendo causar constrangimentos. Para minimizar esses riscos será usado nomes fictícios na análise e divulgação dos resultados. Em nenhuma hipótese a identidade dos voluntários da pesquisa será revelada; durante as entrevistas os pesquisadores explicarão todos os procedimentos e objetivos, tirando todas as dúvidas que por ventura houve, você terá a liberdade de deixar de responder qualquer questão que considerar inconveniente; além disso será estabelecido uma relação de confiança mútua durante todo o processo da pesquisa. As entrevistas ocorrerão de forma individual em datas e horários planejados e acordados com você. O local de aplicação da pesquisa será tranquilo e isento de interferências externas e interrupções.

Você tem o direito de ter acesso aos resultados parciais da pesquisa a qualquer tempo, basta solicitar ao pesquisador responsável, da mesma forma tem o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem pressões ou retaliações. Se considerar necessário poderá contactar o pesquisador e/ou sua orientadora, que estarão disponíveis durante todo o percurso da pesquisa para fins de prestar esclarecimentos no caso de dúvidas.

Os principais investigadores são o Mestrando Jorge Carlos Menezes Nascimento Júnior, que poderá ser contatado no Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA) ou pelo telefone (93) 99192-5896. O HRBA está localizado na Avenida Sérgio Henn, Nº 1100 – Diamantino, fone (93) 21016200. A pesquisa será desenvolvida sobre a orientação da Professora Dra. Edna Ferreira Coelho Galvão, que também pode ser encontrada na UEPA- Campus Santarém, ou pelo celular

(93) 99138-4579. O Campus XII- Santarém, está localizado na Avenida Plácido de Castro, Nº 1399- Aparecida, fone (93) 3512-8000. A supervisão da presente pesquisa será feita pelo Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP) do Hospital Regional do Baixo Amazonas do Pará Dr. Waldemar Penna, fone (93) 21016200 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEPA-Campus XII/Santarém, no endereço acima citado, ou pelo telefone (93) 3512-8000.

O CEP é um órgão colegiado formado por diferentes profissionais que tem a função de avaliar as questões éticas dos projetos de pesquisa que envolvem seres humanos, de forma a garantir os direitos dos participantes da pesquisa.

O presente trabalho será realizado com recursos próprios do autor, não tendo financiamento ou co-participação de nenhuma instituição de pesquisa. Os participantes da pesquisa, assim como o Hospital Regional do Baixo Amazonas e a Universidade do Estado do Pará não terão ônus com o projeto. Como também não receberão nenhum valor monetário pela sua participação.

Caso você sinta-se prejudicado em decorrência de sua participação neste estudo, você tem direito a buscar indenizações de acordo com a legislação vigente no país.

Você receberá uma via deste termo que estará numerado e assinado em todas as folhas de forma a garantir a integridade do documento.

DECLARAÇÃO

Declaro que li e que compreendi todas as informações contidas nesse documento e que me foram explicadas, sanei todas as minhas dúvidas, junto ao pesquisador, quanto a minha participação no presente estudo, ficando-me claros, quais são os propósitos da presente pesquisa, os procedimentos a serem realizados, os possíveis desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanentes. Ficou clara também que minha participação não será paga, nem terei despesas com o desenvolvimento da pesquisa, podendo inclusive optar por desistir de participar da mesma.

Concordo voluntariamente em participar desse estudo podendo retirar meu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de justificar o motivo da desistência, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido, podendo inclusive continuar me beneficiando dos possíveis benefícios provindos desta pesquisa.

Santarém, ____ de _____ de 2016.

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma ética a assinatura do participante da pesquisa e que segui rigorosamente tudo o que a resolução do CNS nº 466/12 prescreve.

Jorge Carlos Menezes Nascimento Júnior

11 ANEXOS

ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP

Número do Parecer: 1.539.533

CAAE: 54930416.7.0000.5168

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO PARÁ - CAMPUS XII -
TAPAJÓS UEPA

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto é pertinente e factível de realização

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentados.

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

Todas as pendências foram sanadas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Os pesquisadores deverão anexar os relatórios parcial e final na plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_692813.pdf	20/04/2016 15:12:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PRONTO_CORRIGIDO.pdf	20/04/2016 15:09:37	JORGE CARLOS MENEZES NASCIMENTO JÚNIOR	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ACEITE_INSTITUICAO.pdf	06/04/2016 18:34:53	JUNIOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTAREM, 11 de Maio de 2016

Assinado por:
Maria Goreth Silva Ferreira
(Coordenador)