



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM CURSO DE MESTRADO EM
ENFERMAGEM

**ENSINO EM TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISE DE PRECEPTORES
MULTIPROFISSIONAIS, RESIDENTES E GRADUANDOS À LUZ DAS TEORIAS
DE SHULMAN E KOLB**

Gabriela Thomé da Cruz de Oliveira

Florianópolis, 2024

**ENSINO EM TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISE DE PRECEPTORES
MULTIPROFISSIONAIS, RESIDENTES E GRADUANDOS À LUZ DAS TEORIAS
DE SHULMAN E KOLB**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de concentração: Filosofia e Cuidados em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Professora Dra. Daniele Delacanal Lazzari

Florianópolis

2024

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

Thome da Cruz de Oliveira, Gabriela
ENSINO EM TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISE DE PRECEPTORES
MULTIPROFISSIONAIS, RESIDENTES E GRADUANDOS À LUZ DAS
TEORIAS DE SHULMAN E KOLB / Gabriela Thome da Cruz de
Oliveira ; orientadora, Daniele Delacanal Lazzari, 2024.
116 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

I. Enfermagem. 2. Preceptoria. 3. Aprendizagem. 4.
Ensino. 5. Conhecimento. I. Delacanal Lazzari, Daniele .
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem. III. Título.

Gabriela Thomé da Cruz de Oliveira

Ensino em Terapia Intensiva: análise de preceptores multiprofissionais, residentes e graduandos à luz das teorias de Shulman e Kolb

A presente dissertação foi avaliada e aprovada, em 19 de fevereiro de 2024, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa Eliane Regina Pereira do Nascimento, Dra

Universidade Federal de Santa Catarina

Profa Jussara Gue Martini, Dra

Universidade Federal de Santa Catarina

Profa Daniela Maysa de Souza, Dra

Fundação Universidade Regional de Blumenau

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Profa Daniele Delacanal Lazzari, Dra

Orientadora

Florianópolis, 2024

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, por estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida, por ter me dado força e coragem para seguir firme com os meus sonhos.

A minha mãe Eliani, (in memorium) eu dedico este trabalho a você que sempre acreditou no meu potencial, e que hoje está presente através do meu amor, da minha saudade, e de tudo que me ensinou e fez enquanto estava aqui. Deixou uma marca profunda em todas as pessoas que a conheceram e amaram você.

Com saudade e amor eterno deixo essa sincera homenagem, TE AMO MÃE!!!

Ao meu marido Diogo, muito obrigada por tudo, você chegou no momento certo para trazer alegria, e amor para todos os meus dias, eu amo muito você, e essa conquista não é somente minha, e sim é nossa TE AMO AMOR!!

Agradeço a minha família pelo apoio e a base de educação que vocês me deram.

Aos meus tios e tias que me criaram e assumiram o papel de pai e mãe, Tia Maria, Tio Joceli. Em especial aqueles que já não estão mais aqui fisicamente: Vó Clecy, Tia Elaine, Tio Jolci, e meu querido Tio Paulo (te amo tanto, e obrigada por me deixar cuidar de você até seu último dia). Vocês estiveram presente em momentos bons e ruins e sempre me deram todo o apoio para me tonar quem eu sou hoje. Muito obrigada, amo vocês.

As minhas amigas, em especial a Jennifer e a Quézia que são irmãs que a minha profissão me deu de presente, sou muito abençoada por ter encontrado vocês nesse caminho. Muito obrigada por acreditarem em mim.

A minha orientadora Dra. Daniele Delacanal Lazzari obrigada por todos os conselhos e por ser essencial para essa dissertação se tornar realidade, você sem dúvida é uma grande inspiração para todos, muito obrigada por todos os ensinamentos desde a residência sem você nada disso seria possível!!!

Obrigada a todos que fizeram parte desta história, amo cada um de especial forma.

OLIVEIRA, Gabriela Thome da Cruz. **Ensino em terapia intensiva:** análise de preceptores multiprofissionais, residentes e graduandos à luz das teorias de Shulman e Kolb. 2024. 112p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2024.

RESUMO

RESUMO

A preceptoria é compreendida como uma prática educativa que exige do preceptor a formação de um conjunto de conhecimentos essenciais para guiar processo ensino-aprendizagem dos residentes e alunos da graduação. A investigação dessa temática intenciona compreender quais são os saberes e qual é a relação pedagógica de preceptores com o ensino em unidade de terapia intensiva com base na análise de preceptores da equipe multiprofissional, residentes e graduandos à luz da teoria de Shulman e Kolb. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório-analítico, que teve como alicerce teórico o conhecimento base para o ensino, de Lee Shulman, e aprendizagem experiencial de Kolb. Participaram deste estudo: 17 preceptores, 10 residentes e nove alunos da graduação em enfermagem, totalizando 36 participantes. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a agosto de 2023, por meio de uma entrevista semiestruturada. Para o tratamento e análise dos dados foi utilizado a proposta operativa para análise temática de Bardin. A partir de *codes* e *quotations* geradas por meio do *software* ATLAS.Ti. foi originado os codes: Aprendizagem difícil, *Feedback*, Preceptor como guia, Dificuldades na prática, Desenvolvimento profissional, Conteúdos, Complexidade, Aprendizagem, Aulas repetitivas foram criadas três categorias analíticas: Conhecimento do conteúdo, Conhecimento pedagógico geral e Conhecimento dos objetivos, das finalidades do programa de residência, do contexto educacional e outros saberes. A apresentação dos resultados deste estudo foi estruturada no formato de dois manuscritos, intitulados: Conhecimentos para o ensino em terapia intensiva: análise a partir dos conceitos de Shulman, e Experiências concretas e observação reflexiva: transformações das relações entre residentes e preceptores a partir de Kolb. Os resultados apresentados no manuscrito 1 identificaram que o aprendizado, assim como o conteúdo, é considerado complexo, por vezes difícil, em função do perfil do paciente atendido nas Unidades de Terapia Intensiva. Os preceptores reconhecem a complexidade da especialidade e dificuldades relacionadas aos conteúdos e enfrentam dificuldades em estabelecer uma rotina de aprendizado devido à falta de conhecimento de alguns que se concentram apenas na prática diária, sem se manterem atualizados. Isso cria obstáculos para o ensino dos conteúdos, prejudicando sua qualidade. Para os participantes deste estudo os conteúdos da grade teórica dos residentes são considerados amplos, inespecíficos e genéricos, não diretamente relacionados à área da especialidade. Além disso, os preceptores não estão envolvidos na organização desses conteúdos, contribuindo para a percepção de falta de direcionamento e relevância para a prática específica da especialidade. No manuscrito 2 os resultados apresentaram outros codes e *quotations* geradas por meio do *software* ATLAS.Ti. como: Nervosismo, Organização, Procedimentos, Experiências, Reflexão, Autonomia, Formação, Aprendizado. A partir desses *codes* e *quotations* foram criadas duas categorias analíticas: Experiência concreta: as relações entre preceptores, residentes e Observação reflexiva: o que fica das relações entre residentes e preceptores. Os resultados permitiram compreender que as experiências dos residentes em unidade de terapia intensiva são tensionadas, em grande parte, pelas relações estabelecidas com os preceptores. As experiências dos preceptores revelam preocupações com a melhoria das oportunidades de aprendizagem e organização. O processo de aprendizado é influenciado individualmente, dependendo tanto da experiência e abordagem do preceptor quanto da interpretação e participação do residente ou aluno de graduação na

equipe. Esta dinâmica reflete a importância da individualidade tanto dos preceptores quanto dos residentes no contexto de um ambiente de aprendizado em constante mudança.

Descritores: Preceptor; Preceptoria; Ensino; Aprendizagem; Conhecimento; Hospital Universitário.

OLIVEIRA, Gabriela Thome da Cruz. Teaching in intensive care: analysis of multidisciplinary preceptors, residents and undergraduates in light of Shulman and Kolb's theories. 2024. 112 p. Dissertation (Master's in Nursing) – Federal University of Santa Catarina, Florianopolis, 2024.

ABSTRACT

Preceptorship is understood as an educational practice that requires the preceptor to develop a set of essential knowledge to guide the teaching-learning process of residents and undergraduate students. The investigation of this topic aims to understand what the knowledge is and what the pedagogical relationship of preceptors is with teaching in an intensive care unit based on the analysis of preceptors from the multidisciplinary team, residents and undergraduates in light of Shulman and Kolb's theory. This is a qualitative, exploratory-analytical study, which had as its theoretical foundation the basic knowledge for teaching, by Lee Shulman, and experiential learning by Kolb. The following participated in this study: 17 preceptors, 10 residents and nine undergraduate nursing students, totaling 36 participants. Data collection took place from April to August 2023, through a semi-structured interview. For data processing and analysis, Bardin's operational proposal for thematic analysis was used. From codes and quotations generated using the ATLAS.Ti software. originating the codes: Difficult learning, Feedback, Preceptor as a guide, Difficulties in practice, Professional development, Content, Complexity, Learning, Repetitive classes three analytical categories were created: Knowledge of the content, General pedagogical knowledge and Knowledge of the objectives and purposes of the program residence, educational context and other knowledge. The presentation of the results of this study was structured in the format of two manuscripts, entitled: Knowledge for teaching in intensive care: analysis based on Shulman's concepts, and Concrete experiences and reflective observation: transformations in relationships between residents and preceptors based on Kolb . The results presented in manuscript 1 identified that learning, as well as the content, is considered complex, sometimes difficult, depending on the profile of the patient treated in the Intensive Care Units. Preceptors recognize the complexity of the specialty and difficulties related to content and face difficulties in establishing a learning routine due to the lack of knowledge of some who focus only on daily practice, without keeping up to date. This creates obstacles to teaching content, damaging its quality. For the participants in this study, the contents of the residents' theoretical framework are considered broad, non-specific and generic, not directly related to the specialty area. Furthermore, preceptors are not involved in organizing this content, contributing to the perception of a lack of direction and relevance to the specific practice of the specialty. In manuscript 2, the results presented other codes and quotations generated using the ATLAS.Ti software. such as: Nervousness, Organization, Procedures, Experiences, Reflection, Autonomy, Training, Learning. From these codes and quotations, two analytical categories were created: Concrete experience: the relationships between preceptors, residents and Reflective observation: what remains of the relationships between residents and preceptors. The results allowed us to understand that the experiences of residents in intensive care units are strained, to a large extent, by the relationships established with preceptors. The experiences of preceptors reveal concerns about improving learning and organizational opportunities. The learning process is influenced individually, depending both on the preceptor's experience and approach and on the resident's interpretation and participation in the

team. This dynamic reflects the importance of the individuality of both preceptors and residents in the context of an ever-changing learning environment.

Descriptors: Preceptor; Preceptorship; Teaching; Learning; Knowledge; University hospital.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de ação e raciocínio pedagógico.....	35
Figura 2: O Ciclo de Kolb.....	38

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relações entre as fases da análise de conteúdo e o software ATLAS.TI.....	44
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da quantidade de *quotations* de acordo com os de Conhecimentos Base para o Ensino. Florianópolis, SC, Brasil, 2023.....53

Tabela 2 – Distribuição da quantidade de *quotations* de acordo com os *codes* de Experiências de aprendizado dos residentes em unidade de terapia intensiva. Florianópolis, SC, Brasil, 2023.....76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPC	Conhecimento Pedagógico do Conteúdo
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HU	Hospital Universitário
HUs	Hospitais Universitários
HE	Hospitais de Ensino
IES	Instituição de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	16
1.1 SOBRE O PESQUISADOR.....	16
2 INTRODUÇÃO	17
3 OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVO GERAL	22
4 REVISÃO DE LITERATURA	23
4.1 SER PRECEPTOR	23
4.2 RESIDÊNCIAS UNIPROFISSIONAIS E MULTIPROFISSIONAIS.....	27
4.3 ENSINO CLÍNICO NA GRADUAÇÃO: ESTÁGIOS CURRICULARES	30
4.4 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E O ENSINO	33
5 REFERENCIAL TEÓRICO	36
5.1 BASES DE CONHECIMENTOS PARA O ENSINO SEGUNDO SHULMAN	36
5.1.1 Conhecimento do conteúdo	36
5.1.2 Conhecimento pedagógico geral	37
5.1.3 Conhecimento do currículo	37
5.1.4 Conhecimento sobre os alunos e suas características	38
5.1.5 Conhecimento do contexto educacional	38
5.1.6 Conhecimento dos fins, propósitos e valores educacionais e sua base filosófica	38
5.1.7 Conhecimento Pedagógico do Conteúdo (CPC)	39
5.2 PROCESSO DE AÇÃO E RACIOCÍNIO PEDAGÓGICO.....	40
5.3 TEORIA DA APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL DE DAVID KOLB	41
6 DELINEAMENTO METODOLÓGICO	45
6.1 TIPO DE ESTUDO	45
6.2 CENÁRIO DO ESTUDO	45
6.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	46
6.4 COLETA DOS DADOS.....	47
6.4.1 Análise e interpretação dos dados	48
7 ASPECTOS ÉTICOS	49
8 RESULTADOS	51
8.1 MANUSCRITO 1	52
MANUSCRITO 2.....	75
APÊNDICES	1
APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA	1

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	3
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	5
APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ	9
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	12

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 SOBRE O PESQUISADOR

Considerando que este é um momento ímpar em minha formação, acredito ser importante fazer uma breve apresentação sobre a minha trajetória, para enfim apresentar-lhes o tema em estudo.

O interesse pela temática surgiu no segundo semestre de 2021 durante a finalização da minha residência em um hospital universitário federal. Experimentar o dia a dia de um hospital de ensino, ampliou novos olhares e gerou interrogações a respeito do processo de ensino e aprendizagem. Durante dois anos atuei como enfermeira residente no programa de residência integrada multiprofissional, com ênfase em alta complexidade, com período de um ano exclusivo na UTI adulto, unidade esta que recebe alunos de graduação e pós-graduação de diversas áreas profissionais.

Fazer uma residência em um hospital universitário foi uma experiência única e fundamental para iniciar a minha trajetória como enfermeira. Logo quando terminei minha graduação eu ainda não me sentia pronta profissionalmente, por que não tinha a experiência como uma profissional, e por conta disto a insegurança era o maior sentimento naquele momento. Além disso, se somaram a outros sentimentos relacionados ao curso de residência, como por exemplo sobre o funcionamento do programa, desde a imersão em uma nova rotina, o cumprimento das 60 horas semanais, o ensino remoto, pandemia, e as adaptações profissionais e pessoais.

Aliado a esses fatos, a mudança para uma cidade grande, o hospital e pessoas desconhecidas, o desafio só não foi maior porque tinha ao meu lado um profissional, chamado de preceptor, que me orientava, compartilhava seus conhecimentos e experiências numa relação de ensino-aprendizagem contínua. Durante a residência, em especial no início refleti sobre a minha trajetória e como foi importante ter uma boa base de conhecimento durante a minha formação inicial, e oportunidades de aprendizagem e estímulos que meus professores me proporcionaram durante a academia.

Portanto, nessa troca de conhecimentos, surgiu a curiosidade de compreender o papel de preceptores em ambientes de práticas profissionais e o impacto sobre os processos de ensino em hospitais universitários.

2 INTRODUÇÃO

A formação de estudantes da saúde nas residências ou nos estágios finais da graduação, é um processo complexo e multifacetado que implica, em parte, na aprendizagem em serviço, sob supervisão direta ou indireta de profissionais das instituições de saúde. Este trabalho integrado entre alunos e preceptores, acompanhados direta ou indiretamente por professores, foi evidenciado a partir dos estudos sobre integração ensino-serviço e enfocam, basicamente, a qualidade da atenção à saúde e da formação profissional (Junqueira, Oliver, 2020). O preceptor é o profissional que está na prática assistencial em saúde e tem como uma de suas atribuições ser um mediador e facilitador do processo de formação dos residentes e alunos da graduação, ao oportunizar momentos de reflexão teórico-prática e troca de experiências entre profissionais de diferentes áreas (Araújo *et al*; 2023).

Ser preceptor é uma das muitas responsabilidades de trabalho assumidas pelos profissionais de saúde, comumente associada à atividade de ensino em serviço (Warren *et al.*, 2023). As competências essenciais dos preceptores têm se concentrado nas habilidades profissionais e de ensino sem um consenso ou entendimento pedagógico ou de condução da prática, ou mesmo discussões sobre as competências essenciais necessárias para constituir-se preceptor, para além do trabalho assistencial (Bartlett *et al.*, 2020; Hanson *et al*, 2022).

A fim de exemplificar as demandas de um preceptor da área da saúde, toma-se como exemplo os apontamentos de acerca das competências/habilidades necessárias para preceptores de Enfermagem, separadas em duas categorias: mensuráveis e imensuráveis. As mensuráveis incluem habilidades de comunicação, modelo profissional, respeito e adaptabilidade às necessidades de aprendizagem dos alunos, compromisso com a excelência no ensino, prática reflexiva, fornecimento de *feedback*, pensamento crítico e habilidades de resolução de problemas e auxílio no desenvolvimento de tomada de decisão (Bartlett *et al*, 2020). Já as imensuráveis, incluem a capacidade para priorizar, empatia, flexibilidade, ética, entusiasmo para ensinar e abertura para receber *feedback* (Bartlett *et al*, 2020).

Neste contexto, o preceptor atua como um mentor ou guia para estudantes, estagiários ou residentes, desempenhando papel importante em seu desenvolvimento profissional, auxiliando-os na aquisição de conhecimentos atitudes e habilidades práticas. O papel do preceptor é, portanto, fundamental para garantir que os novos profissionais estejam bem preparados para os desafios e responsabilidades do campo de trabalho (Knott; Mylrea; Glass, 2020).

No entanto, para uma formação experiencial de qualidade e manutenção de uma relação preceptor-aluno produtiva, é essencial que os serviços de saúde apoiem e deem suporte contínuo aos preceptores (Knott; Mylrea; Glass, 2020).

O preceptor em um programa de residência uni ou multiprofissional, além da sua responsabilidade com o cuidado prestado ao paciente, mesmo não sendo um professor assume o papel de ensinar, e para isso, deve compreender quais os conhecimentos necessários para o exercício da prática educacional (Shulman, 2005; Ribeiro, 2020). Neste cenário, Shulman (2005) discute sobre a importância da formação de professores, considerando-os como aqueles que se encontram em uma situação de ensino/aprendizagem, seja ela formal ou não mesmo não sendo um professor.

Idealmente, o preceptor precisa dominar o conteúdo referente a sua área de atuação, os objetivos pedagógicos a serem atingidos, além de reconhecer seu papel de educador naquele campo de prática (Araújo *et al*, 2023). A supervisão direta de estágios curriculares da graduação e o acompanhamento de residentes da área da saúde acontecem em hospitais universitários (HU), que são centros de formação de recursos humanos no Brasil, há descompasso pedagógico, uma vez que nem sempre os professores responsáveis complementam presencialmente a tríade aluno-preceptor-professor (Junqueira, Oliver, 2020).

Os hospitais universitários caracterizam-se pelo ensino em serviço, pesquisa e extensão, porém, apresentam heterogeneidades (Andreazzi *et al*, 2021). Neste cenário, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), apresentam várias diferenças contextuais importantes que podem influenciar na percepção dos profissionais sobre o papel da preceptoria: proporções de pessoal, duração dos turnos de trabalho, gravidade dos pacientes, relações entre as equipes, uso da tecnologia etc. (Macey; Green; Jardel, 2021).

Para os acadêmicos de graduação da última fase, a relação, em geral, é de um acadêmico por profissional e a supervisão se dá por um preceptor. A organização do estágio se configura com uma carga horária e atividades pré- fixadas, introduzindo o aluno no dia a dia da profissão. Para a pós-graduação *lato sensu*, o número em geral é de dois residentes por preceptor, variando conforme as profissões, cuja supervisão pode ser direta ou indireta (Junqueira, Oliver, 2020).

Segundo a lei nº 6.455 o preceptor é o profissional de saúde educador, comprometido com a promoção da saúde da população, que desempenha um papel com formação em saúde. Esse profissional terá que ensinar tanto a prática quanto a teoria relacionada à sua área de conhecimento, contribuindo assim para o desenvolvimento de profissionais capacitados e preparados para enfrentar os desafios do campo da saúde. De acordo com a lei nº6.455 o preceptor tem atribuições diferentes para residente e alunos de graduação. O preceptor de um

residente, deve atuar junto aos residentes nos cenários de prática assistenciais, sendo suas atribuições definidas na legislação da Comissão Nacional de Residência Médica e em áreas profissionais de saúde do Ministério da Educação - MEC e no regulamento interno próprio, e o preceptor de um aluno de graduação tem o dever de inserir o aluno na prática assistencial sendo suas atribuições definidas em regulamento interno próprio.

Sob esse ângulo, compete ao preceptor mediar e facilitar o processo de formação de alunos, compartilhando a responsabilidade por seu desenvolvimento. Nessa dinâmica, é preciso que se estabeleça um espaço intercessor entre ser professor e ser profissional da assistência (Smith *et al*, 2022; Ribeiro, 2020).

Ao pensar nesse cenário enquanto parte importante do ensino e aprendizagem dos alunos, Shulman (2005) indica que há um corpo de conhecimentos base para o ensino, ou seja, um conjunto de códigos, destrezas, compreensão, tecnologia, ética e responsabilidade coletiva. O objetivo do ensino é levar o estudante a aprender a compreender, a pensar de forma crítica e criativa e a agir, ciente de que aprender sobre um assunto muitas vezes não é um fim em si, mas sim um veículo para outros fins, o que levará a uma nova compreensão envolvida nesse processo (Shulman, 2005).

Nesse contexto, há existência de códigos, habilidades, concepções e tecnologias, além de uma base intelectual, prática e normativa do ensinar, denominado Conhecimento Base (*Knowledge Base*) para o ensino, composto por sete categorias, a saber: (1) conhecimento do conteúdo; (2) conhecimento pedagógico geral; (3) conhecimento do currículo; (4) conhecimento pedagógico do conteúdo (CPC); (5) conhecimento dos alunos e suas características; (6) conhecimento dos contextos educacionais; (7) conhecimento dos objetivos, metas e valores educacionais e sua fundamentação filosófica e histórica (Shulman, 1986; Shulman, 2005).

Shulman direciona seus estudos à profissionalização do professor, porém, a partir do momento em que o preceptor exerce práticas educativas, requer para si conhecimentos bases para o exercício da educação/formação. Desta forma, embora o profissional que atua na assistência não é compreendido como um professor, mas sim, preceptor (um profissional que ensina no contexto de prática), será este o profissional que vai ensinar no cotidiano de trabalho, mas também na avaliação da aprendizagem dos alunos, uma vez que o modelo de preceptor é focado na educação para ensinar e aprender dentro do ambiente clínico (Hardie *et al.*, 2021).

Para tanto, dentre os conhecimentos já apresentados por Shulman, o Conhecimento Pedagógico do Conteúdo (CPC), é definido como o amálgama entre o conteúdo da disciplina e o conhecimento pedagógico, constituindo a compreensão e a interpretação que o

professor/preceptor conota ao que deve ser ensinado e como deve ser ensinado (Shulman, 1986; Shulman, 2005).

Para transformar o conteúdo em matéria ensinável, Shulman (2005) afirma que existem etapas que ocorrem naturalmente no processo de construção do CPC. Esse processo é denominado de modelo de raciocínio e ação pedagógica, composto por seis etapas, a saber: (a) compreensão; (b) transformação, definida pelas fases de preparação, representação, seleção e adaptação; (c) ensino; (d) avaliação; (e) reflexão; e (f) nova compreensão (Ribeiro, 2020; Shulman, 1986; Shulman, 2005).

Estudo de Ribeiro, (2020) que objetivou compreender como os saberes pedagógicos que integram o conhecimento base para o ensino eram percebidos pelos preceptores no processo ensino-aprendizagem dos residentes, e identificou que os preceptores caracterizavam como ser necessário o preparo pedagógico para que os preceptores direcionem o repertório de conhecimentos e de que forma ensiná-los, uma vez que a qualificação repercute diretamente na qualidade do seu ensino.

Já, do ponto de vista do aluno (seja ele da graduação ou da especialização), o ensino e a aprendizagem é um processo ativo que envolve a sua participação e a reflexão em experiências. Este tipo de aprendizagem experiencial, estimula a indagação acadêmica e o desenvolvimento de habilidades profissionais e intelectuais, envolvendo reflexão, análise crítica, síntese, iniciativa, tomada de decisões, responsabilidade, engajamento emocional, social e físico, e a construção de significado (Kolb, 2015).

Desta forma, a aprendizagem experiencial pode ser caracterizada pela criação de conhecimento e significado por meio de vivências práticas do cotidiano, como apresentado na teoria da aprendizagem experiencial de David A. Kolb, um educador dos Estados Unidos. Kolb, em sua teoria valoriza profundamente o papel do conhecimento que se origina da experiência pessoal no processo de aquisição de habilidades profissionais. Além disto, sua teoria argumenta que para desenvolver essas habilidades de maneira efetiva, é preciso a fusão entre o conhecimento teórico que é adquirido por meio de estudos formais e abstrações, e o conhecimento experiencial, que é adquirido através da prática direta e do envolvimento ativo em atividades (Kolb, 2015).

Essencialmente, Kolb sugere que aprender fazendo e refletir sobre essas ações é tão importante quanto o estudo teórico, e que a verdadeira competência profissional emerge da capacidade de integrar ambos os domínios de conhecimento. A integração entre a discussão de casos, o aprendizado na prática e a experiência, reflete a implementação do ciclo de aprendizagem de Kolb. Este ciclo sugere que a aprendizagem experiencial ocorre por meio de

quatro estágios: experiência concreta (vivenciar uma experiência), observação reflexiva (refletir sobre a experiência), conceitualização abstrata (aprender com a experiência) e experimentação ativa (aplicar o aprendizado) (Kolb, 2015). Essencialmente, o ensino deve permitir que os alunos vivenciem diretamente um assunto, reflitam sobre essa experiência, compreendam teoricamente o que aprenderam e, finalmente, apliquem esse conhecimento em situações práticas (Kolb, 2015).

Diante dos múltiplos aspectos apresentados, a investigação dessa temática intenciona compreender o ensino em terapia intensiva adulto com base na análise de preceptores da equipe multiprofissional, residentes e graduandos à luz da teoria de Shulman e Kolb. Questiona-se, portanto: Quais são os saberes e qual é a relação pedagógica de preceptores com o ensino em unidade de terapia intensiva adulto?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar como se dá o processo de ensino e aprendizagem de cuidados críticos em Unidade de Terapia Intensiva adulto na percepção de preceptores e residentes uni e multiprofissionais e alunos de graduação.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Trata-se de uma revisão narrativa, definida como aquela que se constitui na análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas e na interpretação e análise crítica pessoal do autor (Silva, 2019). Esta revisão foi realizada por meio de estratégia de busca nas bases de dados nacionais e internacionais, especificamente: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed®, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Scopus e Embase além da busca de textos em literatura cinzenta, disponíveis na íntegra e *online* nos bancos de teses e dissertações.

4.1 SER PRECEPTOR

A preceptoria é uma das atividades desempenhadas por profissionais da área da saúde que tem como eixo principal o ensino e a aprendizagem no ambiente de trabalho. Entretanto, seu desenvolvimento pressupõe que os profissionais estão sustentados sobre conhecimentos base, atitudes, habilidades práticas para o ensino (Ribeiro *et al.*, 2020; Knott, Mylrea, Glass, 2020).

O preceptor é o profissional que contribui no processo de formação em saúde, articulando prática assistencial e conhecimento científico. As competências de um preceptor impactam nas experiências de aprendizagem e nas competências clínicas dos alunos. No entanto, os preceptores muitas vezes carecem de conhecimento e experiência de ensino, ocasionando uma ambiguidade em seu papel pela falta de familiaridade com os sistemas de educação clínica (Wu *et al.*, 2020).

Bartlett *et al.* (2020), destacaram que as competências que devem sustentar o papel da preceptoria, são: habilidades de comunicação efetiva, adapta-se às necessidades de aprendizagem dos alunos, compromisso com a excelência no ensino, demonstrar respeito pelo aluno e prática reflexiva, fornecimento eficaz de feedback, facilitar o pensamento crítico a resolução de problemas e o desenvolvimento da tomada de decisões, incentivar a aprendizagem autodirigida, habilidades de liderança e gerenciamento, organização e capacidade de priorizar, ser empático, ético, acessível e estar aberto para receber *feedback*.

Nesta perspectiva, conhecer somente o conteúdo não é o suficiente, e o preceptor deve desenvolver atividades de educação no trabalho, por meio de ações de ensino, estabelecendo relação didática pela sua interação com o residente ou graduando para atender aos objetivos do

processo educativo (Barlett *et al.*, 2020). Todavia, apesar do preceptor ser fundamental no processo de ensino e aprendizagem na graduação e pós-graduação, seu papel ainda não é claramente compreendido, e os preceptores necessitam de treinamento periódico ou preparo adequado para desempenhar seu papel (Dude; Rakhudu, 2021).

Além das competências exigidas para os preceptores, cada profissional, mesmo conhecendo um determinado assunto e a partir das mesmas estratégias, pode interpretar um conteúdo de diferentes maneiras, assimilando e construindo novos conhecimentos. Além disto, a preceptoria na prática clínica é uma atividade complexa, pois o preceptor deve atender a demanda de cada aluno e ao mesmo tempo em que equilibra as responsabilidades das suas atribuições (Marcon, 2013; Wakefield, 2023; Griffiths *et al.*, 2022).

Isso requer do preceptor a capacidade de mediar o processo de aprender-ensinar no trabalho, problematizar a realidade e provocar no aluno um processo de ação e raciocínio pedagógico. Demanda ainda o suporte necessário para o alcance dos objetivos de aprendizagem do aluno, ao mesmo tempo em que gerenciam a assistência e assistem aos pacientes. As habilidades e o conhecimento do preceptor, não raras vezes, advêm da própria prática, são adquiridos informalmente a partir da experiência de trabalho com os alunos e/ou da participação em programas de desenvolvimento profissional contínuo, curtos e direcionados (Griffiths *et al.* 2022).

Segundo Wakefield (2021), as estratégias didáticas para o aprendizado devem permear uma abordagem baseada em casos para os profissionais da saúde. Essa forma de aprendizagem combinada envolve um conjunto sistemático de interações face a face e interações mediadas por tecnologia entre alunos, facilitadores e recursos. Assim como, envolver estudos de caso, discussões em grupo e debates para enfatizar elementos sociais, aumentando as interações humanas e o apoio dos colegas para incentivar os alunos a aplicar o conhecimento para resolver problemas. Essa estratégia proporciona discussões em grupos e guiadas por um facilitador após a apresentação de um caso, e promove a aprendizagem ativa e reflexiva aos alunos, melhorando seu pensamento crítico e habilidades de resolução de problemas, assim como a flexibilidade, menos restrições de tempo, maior riqueza pedagógica e mais custo-efetividade.

Para Cicinelli *et al.* (2020), existem modelos alternativos de preceptores que impactam no conhecimento do profissional e de seus alunos são esses: Aprendizagem assistida por pares (PAL), ensino quase entre pares (NPT) e a copreceptoria (CoP) estão entre os modelos alternativos de preceptor mais bem definidos. O primeiro modelo é a aprendizagem assistida por pares que ocorre quando mais de dois alunos do mesmo nível educacional são supervisionados por um ou mais preceptores, em sequência está o ensino quase entre pares que

é um modelo em camadas, em que mais de um residente ou estudante de graduação do último ano, são supervisionados de um ou mais preceptores e o último modelo é a copreceptoría a qual pressupõe precedência compartilhada, que é definida como a supervisão por um preceptor por aluno ou grupo de alunos.

No entanto, não existe uma configuração ou estratégia de seleção/escolha para aquele que será o preceptor, porém os programas desenvolvem critérios internos para esse processo (Brasil, 2018). Logo, o preceptor é aquele profissional da prática que se encontra clinicamente ativo, e que se ocupa do processo de ensino-aprendizagem do novo profissional que, embora livre para dirigir sua aprendizagem, se espelha nas habilidades e competência do profissional mais experiente (Brasil, 2018; Cicinelli *et al*, 2020).

Diante deste contexto, o preceptor vivencia em conjunto um processo complexo de transição de um estudante de graduação para um profissional ou de acompanhamento de um profissional em formação, ambos diante de novas responsabilidades e desafios que podem resultar em insatisfação no trabalho, baixa produtividade e desgaste se o processo não for bem conduzido (Dude; Rakhudu, 2021).

Particularmente, com relação aos alunos de graduação, suas experiências possuem singularidades que demandam do preceptor competências e habilidades que perpassam o campo do ensino e aprendizagem, sendo importantes facilitadores dos estudantes para adquirirem um senso de identidade profissional por meio do cuidar e do ensinar (Dude; Rakhudu, 2021). Assim, os níveis de competência dos preceptores também afetam diretamente a qualidade dos futuros profissionais. Além disto, uma das competências do preceptor é fazer o acompanhamento direto e diário do residente e aluno da graduação e isso requer do preceptor a capacidade de mediar o processo de aprender-ensinar no trabalho, problematizar ações e reflexão para reconstrução da sua prática diária, para a formação do profissional de saúde para o Sistema Único de Saúde (Brasil, 2018).

Portanto, observa-se desafios enfrentados nesse processo de mudança do profissional da saúde, ao assumir a responsabilidade adicional ao papel de preceptor. Além de atender o grande número de alunos, relações interpessoais precárias entre os alunos, sobrecarga de trabalho da equipe, comunicação inadequada e alunos sem oportunidades de aprendizado, mas com atribuições rotineiras de enfermária ou clínica (Knott; Mylrea; Glass, 2020).

Para o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde para desenvolverem o papel de preceptores em saúde, o Ministério da Saúde em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília, a Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS - (SE/UNA-SUS)

oferta um curso de Aperfeiçoamento Multiprofissional de Preceptores para Integração Ensino e Serviço nos Territórios de Saúde (Brasil, 2021).

No cadastro, é necessário que o profissional forneça informações sobre a instituição na qual o preceptor realiza suas atividades. O profissional selecionado, desde que cumpra todas as exigências estabelecidas no edital, será elegível para receber um incentivo financeiro mensal no valor de R\$ 2.100,00. Esse incentivo será concedido por um período máximo de seis meses e será financiado com recursos do Ministério da Saúde. Para ser elegível para o recebimento desse incentivo financeiro, o preceptor deverá cumprir uma carga horária mínima de 30 (trinta) horas mensais das atividades do curso, conforme estabelecido na oferta e monitoramento mensal realizados pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília, Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS - (SE/UNA-SUS), em colaboração com o Ministério da Saúde (Brasil, 2021).

Além disto, existem estratégias de valorização do preceptor realizadas pela própria instituição hospitalar através da realização de capacitações internas do hospital universitário para preceptores e divulgação por e-mail do Plano Nacional de Fortalecimento das Residências (Brasil, 2018).

Outras estratégias adotadas é a divulgação das Diretrizes para o exercício da preceptoria nos hospitais universitários da Rede Ebserh por meio de curso de capacitação para preceptores; divulgação de Cursos de Especialização em Preceptoria na área da Saúde para profissionais do Sistema Único (SUS), promovidos através de parcerias entre o Ministério da Saúde (MS) e Hospitais de Referência no Brasil, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) (Brasil, 2018).

Essa iniciativa visa a apoiar e aprimorar o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de projetos que abrangem capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada. Esses projetos são demandados e coordenados pelo Ministério da Saúde, visando fortalecer e melhorar continuamente os serviços de saúde prestados à população (Brasil, 2018).

Além disto, também uma proposta formal aos departamentos de ensino da Universidade, para o reconhecimento e valorização da função de preceptoria nos processos seletivos de especializações *strictu e latto sensu*, conforme sugerido nas Diretrizes para o exercício da preceptoria nos hospitais universitários da Rede Ebserh (Brasil, 2018).

Para delineamento das estratégias de capacitação das atividades de preceptoria, devem atuar, conjuntamente, as Gerências de Ensino e Anexo Diretrizes Preceptoria Pesquisa de cada Hospital Universitário e a equipe técnica de ensino e pesquisa da Ebserh-Sede. Assim, cursos

de capacitação para preceptoria em residências em saúde, cursos de capacitação para supervisão de alunos da graduação e promoção de cursos para a educação permanente voltados à integração ensino-serviço são objetivos em comum.

4.2 RESIDÊNCIAS UNIPROFISSIONAIS E MULTIPROFISSIONAIS

A Residência Multiprofissional em Saúde teve sua origem no Brasil em 1976, com a primeira Residência em Medicina Comunitária em uma Unidade Sanitária do Rio Grande do Sul (Brasil, 2006). Com a origem do primeiro programa de residência no Brasil, surgiram mudanças relevantes no processo de trabalho em saúde que foram fundamentais no contexto da reforma sanitária nas décadas de 80 e 90 e implantação do SUS (Brasil, 2009). Desse modo, ganhou força a ideia de um modelo de cuidado reorientado para a integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade na atenção à saúde (Mattos, 2001).

Além, disto, nesta conjuntura à residência médica comunitária, reivindicava por melhorias e direitos no desenvolvimento das atividades práticas, e foi em 1981 que a Lei 6.932 instituiu as atividades dos residentes, além de outras providências, e extinguiu a expressão regime de dedicação exclusiva, determinado pelo Decreto 80.281 (Brasil, 1977). Após 30 anos do primeiro programa de residência iniciar, foi sancionada a Lei 11.129 de 30 de junho 2005, que em seu art. 13 institui a Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, definida como “modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica”, e em seu art. 14 cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (Brasil, 2005).

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, os serviços públicos que integram o SUS são configurados como campo de prática para ensino e pesquisa, respeitando normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional (Brasil, 1990). No ano de 2000, foi introduzido um conjunto de programas e ações de ativação dos processos de mudança educacionais, em destaque os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional) (Brasil, 2005; Brasil, 2007).

Para subsidiar esta prática, as orientações para o desenvolvimento de recursos humanos para o SUS busca fazer a articulação do trabalho, o ensino, a gestão e a comunidade. Nesta perspectiva, se inserem os programas de residência em saúde e estão incluídos os programas de residência médica e os uni e multiprofissionais (Brasil, 2005; Pinto, Cyrino, 2022).

Os programas de residência multi e uniprofissionais foram instituídos pela Comissão Nacional de Residências em Saúde em 2005 com a Lei 11.129 de 2005 e na conjuntura atual desempenham importante papel na formação de profissionais para o SUS (Brasil, 2005; Girard et al, 2019). Com o caráter de pós-graduações *lato sensu*, os programas de residência articulam teoria e prática, ensino e serviço e demandam dos profissionais da saúde o acompanhamento em conjunto das atividades que os residentes desenvolvem, pois este é um profissional que é chamado de preceptor e que precisa estar qualificado para o desempenho dessa função (Ribeiro et al, 2020).

Nessa proposta podem se inserir as quatorze profissões da área da saúde, exceto a médica, como listada no §1 do art. 3 da Resolução n.2/2012 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS) (Brasil, 2012). Dentre essas profissões, destaca-se oito por estarem, na maioria dos programas entre esses: Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Nutrição, Serviço Social, Odontologia, Psicologia e Fonoaudiologia.

De acordo com a resolução CNRMS nº 3, de 4 de maio de 2010, que dispõe sobre a duração total e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde, e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes, define que os programas têm duração mínima de dois anos, equivalente a uma carga horária mínima total de 5760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas.

De acordo com o Ministério da educação, na Resolução nº 2 de 13 de abril de 2012 (Brasil, 2012) A estrutura curricular dos programas de residências contemplam atividades teóricas, práticas de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde devem ser organizadas por alguns eixos são esses: um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar; e um eixo aos núcleos de saberes de cada profissão, com objetivo de preservar a identidade profissional.

Assim como, o Programa de Residência Multiprofissional e Uniprofissional em Saúde deve ser guiado por estratégias pedagógicas para promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário com base nas linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (Brasil, 2005).

A estrutura curricular através do projeto pedagógico das residências deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção ou gestão na saúde. Nesse sentido, acredita-se que os modelos pedagógicos que

orientam o processo de ensino-aprendizagem nesse cenário, suas nuances e, principalmente, os preceptores merecem uma atenção especial (Brasil, 2005).

Além das atividades de formação profissional, esses programas têm por objetivo desenvolver habilidades, competências e atitudes para profissionais atuarem em determinadas situações regionais de saúde, e organizações segundo a lógica de redes de atenção à saúde e gestão do SUS (Brasil, 2005).

Os programas de residência têm como característica principal a formação do ensino em serviço, por meio da supervisão direta ou indireta por profissionais da saúde caracterizados como preceptores, e a supervisão acadêmica através da tutoria dentro de um cenário de formação e prática em serviço na rede de atenção à saúde (Brasil, 2011). Os espaços para operacionalização do ensino em serviço são os hospitais universitários (HU), centros de referência na formação de profissionais da saúde e do desenvolvimento de tecnologias. Assim como as instituições de ensino superior, os hospitais universitários desenvolvem o processo de formação por meio de atividades de ensino, pesquisa e extensão em conjunto com a integração de serviços assistenciais no âmbito do SUS (Brasil, 2017).

Segundo a Portaria Interministerial nº 285 de 2015, que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE), e propõe definições para os hospitais e para as atividades de ensino neles realizadas. Logo, considera-se como Hospitais de Ensino (HE) os estabelecimentos de saúde que pertencem ou são conveniados a uma Instituição de Ensino Superior (IES), pública ou privada, que são campo para a prática de atividades de ensino na área da saúde, entre esses: Estágio Curricular, Residência Médica, Residência Multiprofissional, Residência Profissional, Educação Permanente e a Integração Ensino-Serviço.

Assim, os hospitais de ensino (HE) são instituições certificadas que realizam o atendimento de saúde nos diferentes níveis de complexidade, e proporcionam a formação de profissionais de curso de graduação e pós-graduação e desenvolvimento de tecnologias que devem ser incorporadas e integradas a rede de atenção à saúde e aos outros serviços de saúde de acordo com a necessidade na população local (Brasil, 2004).

Essa dinâmica de trabalho ocorre principalmente em hospitais universitários (HUs) públicos federais, que são excelentes cenários para a integração entre a prática e o ensino por serem vinculados ao SUS, em conjunto com os programas de residência médica, multiprofissional e em áreas da saúde. Os HUs são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde (Brasil, 2013). Ambiente complexo, composto por docentes, discentes, profissionais, residentes e usuários, numa relação dialética

entre o ensino e o cuidado, sendo uma imersão profunda na realidade da saúde das comunidades, capaz de produzir não só conhecimentos científicos aos residentes, mas também transformações de si e do mundo através do ensino para uma formação crítica, reflexiva e criativa (Maroja; Júnior; Noronha, 2019).

O Ministério da Educação define que esse preceptor deve ter a titulação mínima de especialista e experiência de três anos na área de concentração do programa, atuando também com alunos da graduação em período de estágio na unidade de trabalho. Além disso, é ele quem irá supervisionar diretamente as atividades práticas realizadas pelos residentes e assumir o papel do educador, compartilhando o trabalho assistencial em todas as atividades atribuídas ao residente (Brasil, 2012).

De acordo com a diretriz para o exercício da preceptoria nos hospitais universitários da rede Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSEH, a proposta dos programas de residência visa o ensinar e o aprender através da reflexão sobre a prática no serviço, e o preceptor é um dos profissionais que recebe a tarefa de acompanhar e exercer o ensino na dimensão de educar, preparando o residente para que desenvolva as competências nas áreas de conhecimento, de habilidade e atitudes (Brasil, 2018).

Portanto, para alcance dos objetivos que estão vinculados a proposta educacional dos programas de residência em um hospital de ensino (HE) compreende-se que o trabalho em equipe e a educação permanente são peças-chaves e fundamentais para as transformações que se almejam alcançar, e a partir dessas experiências o profissional, também preceptor, poderá construir uma prática crítica e reflexiva na sua realidade de trabalho e obter, novos resultados para construção dos conhecimentos e a formação integrada e transdisciplinar para o SUS (Brasil, 2013).

4.3 ENSINO CLÍNICO NA GRADUAÇÃO: ESTÁGIOS CURRICULARES

De acordo com a Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, o estágio é um ato educativo escolar e supervisionado, realizado no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em diferentes instituições, dentre esses destaca-se o ensino superior (Brasil, 2008).

Conforme a Resolução normativa nº 73/2016/CUn, de 7 de junho de 2016, que regulamenta os estágios curriculares dos alunos dos cursos de graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, o projeto pedagógico dos cursos do centro de ciências da saúde integra o estágio curricular e todo o processo formativo do educando. Este campo visa o

aprendizado de competências próprias da atividade profissional e a contextualização curricular, e o desenvolvimento do futuro profissional.

De acordo com a determinação das diretrizes curriculares, a modalidade e área de ensino, o estágio poderá ser obrigatório ou não-obrigatório. Neste contexto, quando o estágio é definido no projeto pedagógico como obrigatório é aquele, cuja carga horária é requisito para aprovação e obtenção de diploma, e o não obrigatório como horas e atividades complementares (Brasil, 2008).

Com relação aos objetivos do campo de estágio curricular, destaca-se desenvolvimento de atividades de aprendizagem social, profissional e cultural relacionadas às unidades universitárias e órgãos administrativos. As competências profissionais adquiridas no trabalho formal vinculadas à área de formação do aluno poderão ser vivenciadas durante o estágio, quando previsto no Projeto Pedagógico do Curso, e os critérios de aproveitamento e avaliação das competências desenvolvidas devem ser definidos pelo colegiado de cada curso (UFSC, 2016).

Nesta perspectiva, para realização dos estágios existem alguns requisitos previstas pelo Projeto Pedagógico do Curso que destaca que os alunos em período de estágio obrigatórios devem ser supervisionados por profissionais liberais de nível superior devidamente registrados em seus respectivos conselhos de fiscalização profissional ou órgãos, além disto, os alunos recebem o acompanhamento e a avaliação por um professor orientador designado pela Universidade, assim como ter a supervisão das atividades teórico-práticas por um profissional vinculado ao campo de estágio (UFSC, 2016).

A jornada de atividades, e a duração do estágio será definida de comum acordo entre a Universidade, a unidade concedente do campo de estágio e o aluno estagiário ou seu representante ou assistente legal, devendo esta ser compatível com as atividades escolares e não ultrapassar seis horas diárias e trinta horas semanais, sendo vedado o pagamento, pela UFSC, de bolsas a estágios obrigatórios (UFSC, 2016).

O acompanhamento dos alunos durante o estágio curricular deverá ser efetuado por um orientador designado pela Universidade e por supervisor indicado pela unidade concedente do campo de estágio, comprovado por vistos nos relatórios de atividades e por menção de aprovação final. Os estágios em geral, ocorrem no último ano de graduação dos cursos da saúde e são considerados os pré-profissionais. Além disto, a orientação de estágio deve ser efetuada por docente cuja área de formação ou experiência profissional sejam compatíveis com as atividades a serem desenvolvidas pelo estagiário, previstas no termo de compromisso (UFSC, 2016).

Durante todo este o processo de estágio curricular o aluno deve ter o: acompanhamento direto das atividades desenvolvidas pelo estagiário; entrevistas e reuniões, presenciais ou virtuais; contatos com o supervisor de estágio; avaliação dos relatórios de atividades; e o desenvolvimento de disciplina curricular (UFSC, 2016).

Neste construto, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, delineou o processo de formação da educação superior e o desenvolvimento de competências e habilidades, o aperfeiçoamento técnico e científico e a flexibilização dos currículos por meio da implementação de projetos pedagógicos inovadores na busca da mudança na formação profissional (Brasil, 1996).

Neste contexto, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) entendem a educação superior como um processo contínuo, autônomo e permanente estabelecendo uma formação básica fundamentada na competência teórico-prática (Brasil, 2001). As DCNs subsidiam o desenvolvimento de matrizes curriculares, que assegurem a composição curricular dos cursos de ensino superior. Essas diretrizes propõem habilidades comuns a todos os cursos da área de saúde e representam também uma reestruturação no ensino em saúde (Meireles; Fernandes; Silva, 2019).

Desta forma, as DCN buscam ajustar o projeto pedagógico para alcançar o perfil de um profissional humanizado, crítico e reflexivo, em que no decorrer do curso por meio dos estágios supervisionados, deve-se desenvolver as seguintes competências: Atenção à Saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança e educação permanente (Brasil, 2001). Visando atender estas demandas, as DCN ressaltam a necessidade de utilização de estratégias pedagógicas capazes de subsidiar a busca por este perfil de profissional, articulando o ensino e aprendizagem, assim como o desenvolvimento do raciocínio clínico e as atribuições indispensáveis na formação (Brasil, 2001).

No entanto, a construção do raciocínio clínico não é um construto homogêneo e representa diferentes estruturas teóricas, sendo considerado como um componente central para o ensino e avaliação de profissionais da saúde. Existem diferentes interpretações do mesmo termo ou objeto que podem resultar em diferenças importantes na forma como os formandos e os professores entendem coletivamente o raciocínio clínico, com o foco do ensino e da avaliação. Por sua vez, isso levanta preocupações sobre a comparabilidade de experiências educacionais ou na avaliação (Young *et al.*, 2019).

4.4 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E O ENSINO

No Brasil, toda normativa para o funcionamento de uma UTI adulto deve estar de acordo com a RDC n 50/2002, emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que regulamenta o planejamento, a programação, a elaboração e a avaliação, devendo a unidade: proporcionar a internação de pacientes críticos, em ambientes coletivos ou individuais, com requisitos de privacidade, conforme a patologia, grau de risco e faixa etária; executar e registrar assistência nas 24 horas; prestar apoio diagnóstico de imagem e laboratoriais, além de hemoterápico, cirúrgico e terapêutico; manter condições para assistência respiratória e monitoramento 24 horas; prestar assistência nutricional; manter pacientes com morte cerebral em condições que permitam a retirada de órgãos para transplante, quando consentida; prestar informações e assistência aos acompanhantes dos pacientes.

A equipe de profissionais que atuam em uma UTI adulto é formada inicialmente por um responsável técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia. Para prestação dos cuidados deve ainda existir os médicos intensivistas, os enfermeiros intensivistas assistenciais, os técnicos de enfermagem, os fisioterapeutas, o farmacêutico, o psicólogo, o odontólogo, e nutricionista, o assistente social e os auxiliares administrativos, além de funcionários exclusivos para higienização, atendendo ao mínimo determinado pela RDC n. 7 e a Portaria n. 3.432/98. (Brasil, 2010; Brasil, 1998).

Além da organização de recursos humanos na UTI adulto, o trabalho da equipe multiprofissional deve ser planejado e sistematizado, aprimorando conhecimentos e oferecendo uma assistência qualificada, atendendo, às determinações da Norma Regulamentadora NR 32-Segurança e Saúde no Trabalho em serviços de Saúde que fornece subsídios para segurança do serviço ofertado (Brasil, 2005).

O trabalho exercido pelos profissionais da saúde no cuidado aos pacientes críticos é contínuo e visa garantir a prestação destes cuidados aos pacientes com afecções agudas e crônicas. Neste cenário, um dos importantes indicadores para subsidiar as atividades da equipe multiprofissional, é a avaliação da qualidade do ambiente de trabalho (Yanarico *et al.*, 2020). Evidências têm demonstrado que diferentes aspectos do ambiente de prática, como relacionamento e gerenciamento, são os preditores da satisfação e qualidade do cuidado (Rivaz; Tavakolinia; Momennasab, 2020).

Esses aspectos referem-se à abordagem sobre importantes mudanças do modelo de atenção, com grande potencial para melhorar a qualidade do cuidado à saúde. Entre essas,

existem algumas características que direcionam a atenção centrada no paciente e que perpassam as diferentes categorias de profissionais no seu cotidiano, na perspectiva ampliada do cuidado à saúde, como por exemplo destaca-se a participação social do usuário no cuidado, e a relação interprofissional (Sarmiento; França; Magnago, 2022).

Nas práticas intensivas, observa-se todo um contexto de cuidados, linha de assistência, e condução do tratamento ofertado. Esses fatores requerem da equipe conhecimentos, habilidades, e atitudes diante do preparo técnico cada vez mais minucioso, cuja complexidade de técnicas e tecnologias combinadas ao avanço das publicações científicas e a individualidade de cada cuidado, remetem ao profissional a um processo de atualização, dificilmente adquirido na graduação. Desta forma, a UTI adulto merece atenção dentro do cenário de saúde, pois é um ambiente extremamente complexo, que necessita de serviços de apoio, planta física adequada, recursos humanos e materiais específicos, providos de tecnologia avançada e assistenciais, além de protocolos e rotinas sistematizadas, gerenciamento de risco e avaliação compatíveis com as exigências legais (Viana; Torre, 2017).

Consequentemente, com toda a complexidade do ambiente da terapia intensiva, surge a necessidade de profissionais cada vez mais competentes que integrem organização, planejamento, trabalho em equipe, conhecimento científico, liderança, comunicação, relacionamento interpessoal, promoção de cuidados, e pensamento crítico associado principalmente com o ensino e pesquisa (Viana; Torre, 2017).

Nesta perspectiva, dentre as competências supracitadas aos profissionais da equipe multiprofissional, destaca-se o pensamento crítico. Este por sua vez é deliberado da união de ações entre análise, síntese e a autorreflexão que é resultante da própria cognição. No entanto, na ausência de um pensamento crítico sobre determinado conteúdo, a heurística passa a ser um método rápido ou atalho para a solução de problemas, sendo assim, comum existirem vieses cognitivos que podem ocasionar aos erros durante a assistência à saúde (Richards; Schwartzstein; 2022; Young *et al.*, 2019). Apesar do processo de pensamento crítico ser ensinado, os seus métodos são desafiadores e não há consenso sobre o modelo mais eficaz, sendo que o ensino explícito sobre raciocínio clínico, metacognição (se moverem em direção à experiência adaptativa), vieses cognitivos são incompletos e faltam evidências empíricas para informar as melhores práticas educacionais (Richards; Hayes; Schwartzstein, 2020).

Logo, ensinar o pensamento crítico é uma ação desafiadora e complexa na área da saúde, principalmente no ambiente como a UTI, um setor que demanda do conhecimento de densidades tecnológicas mais complexas, procedimentos com grau de invasão maior, que devem ser realizados com uma indicação e técnica correta, assim como avaliação diária da sua

necessidade, manutenção, com o objetivo de reduzir eventuais complicações que podem ou não ser a causa de danos irreversíveis aos pacientes críticos.

Estudo de Richards, Hayes e Schwartzstein (2020), destaca cinco estratégias baseadas em princípios educacionais, que foram considerados eficazes no ensino do pensamento crítico na UTI adulto são essas: tornar o processo de pensamento explícito; discutir vieses cognitivos e estratégias; modelar e ensinar raciocínio indutivo; usar perguntas para estimular o pensamento crítico; e avaliar as habilidades de pensamento crítico de seus alunos.

Segundo Yong *et al.*, (2019) o impacto de ensinar habilidades, desenvolver o raciocínio e pensamento crítico aos residentes e alunos de graduação pode surgir vieses e resultados heterogêneos, e geralmente limitados por problemas metodológicos de ensino. Ao refletir sobre a prevenção dos erros devido aos processos cognitivos, é importante compreender como um profissional da saúde pode tomar as decisões clínicas. Segundo Royce, Hayes e Schwartzstein (2019), a solução de problemas e a tomada de decisão ocorrem por meio de um modelo de processo duplo: Primeiro a tomada de decisão intuitiva definida por conhecimentos como heurísticas, rápida e baseada em padrões, e segundo o raciocínio mais analítico e lógico.

A metacognição é derivada da capacidade de autorreflexão e monitoramento nas tomadas de decisões sobre o processo de pensamento, na busca da solução de problemas iniciais empíricos por meio da reflexão e do exame deliberativo do próprio raciocínio. Desta forma, observa-se que trabalhar em um ambiente concentrado de desafios, lidando com tomada de decisões diariamente, aplicação do pensamento crítico sobre o contexto geral, trazem reflexões sobre a aproximação que os profissionais precisam ter com a qualidade do ensino, assim como o seu papel na compreensão da ação e raciocínio pedagógico dos alunos e residentes (Connor; Durning; Rencic; 2020).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Considerando o tema abordado neste estudo e a necessidade de qualificar a investigação a partir de uma base sólida, optou-se pela utilização do referencial teórico de Lee Shulman, professor emérito da *Stanford University* e da *Carnegie Foundation for Advancement of Teaching*. Especialista em formação de professores, avaliação do ensino e da educação nas áreas da medicina, ciência e matemática (Shulman, 2008).

Shulman dedicou-se à especificidade da ação cognitiva que é a base para o desenvolvimento no ensino. A partir de 1982, iniciou a sua atuação na Escola de Educação da Universidade de Stanford, tornando-se professor da Charles E. Ducommun, dando início à construção conceitual do Conhecimento Pedagógico do Conteúdo (*Pedagogical Content Knowledge – PCK*), fundando um novo estágio da pesquisa na área do ensino e da formação de professores (Shulman, 2008).

A proposta de uma base de conhecimentos para o ensino refere-se a um corpo de conhecimentos, concepções e disposições sobre temas como escola, aluno, professor ensino, aprendizagem, docência, educação e tantos outros que dizem respeito a profissão docente e a atuação do professor que é construído em diferentes momentos, contextos e experiência vividas pelo professor nas suas trajetórias pessoal escolar acadêmica e profissional (Shulman, 1987; Marcon, 2013).

Em meados da década de 80 quando Shulman apresentou a sua teoria sobre os conhecimentos docentes, ele sugeriu a constituição de uma base de conhecimentos para o ensino, constituída por: conhecimento do conteúdo, pedagógico geral, do currículo, dos estudantes e de suas características, do contexto educacional, dos fins, propósitos e valores educacionais e pedagógico do conteúdo (Shulman, 1987).

5.1 BASES DE CONHECIMENTOS PARA O ENSINO SEGUNDO SHULMAN

5.1.1 Conhecimento do conteúdo

O conhecimento do conteúdo se relaciona diretamente com a matéria a ser ensinada e é considerado um dos conhecimentos fundamentais para o sucesso da atuação docente, seja em qualquer área de disciplinas curriculares. Ao mesmo tempo em que o pleno domínio do conteúdo específico amplia as possibilidades de intervenção docente, suas deficiências restringem os caminhos pelos quais os futuros professores podem transitar para o ensino (Shulman, 2005).

De modo sintetizado, admite-se a existência de duas particularidades do conhecimento do conteúdo: a primeira é concebida pelo próprio professor e é para ele que necessita fazer sentido (conhecimento do conteúdo para ensinar); e a segunda, tem como objetivo ser disponibilizada aos alunos e é para eles que necessita fazer sentido (conhecimento do conteúdo a ser ensinado) (Shulman, 2005). Assim, o conhecimento do conteúdo remete, pois, às diferentes maneiras pelas quais o futuro professor pode tanto interpretar e aprofundar o seu nível de esclarecimento pessoal sobre a área de matéria quanto gerir e adaptar essa mesma interpretação para que se torne compreensível aos alunos (Shulman, 2005).

5.1.2 Conhecimento pedagógico geral

O conhecimento pedagógico geral é aquele por meio do qual o professor tanto manifesta suas concepções docentes e seus princípios educacionais, quanto utiliza suas estratégias pedagógicas, planejando, organizando, e conduz as situações de ensino e aprendizagem de modo a superar o simples domínio do conhecimento do conteúdo e a alcançar objetivos mais amplos relacionados à educação e a formação dos alunos (Shulman, 2005). O papel do conhecimento pedagógico geral abrange quatro dimensões de conhecimento, relativas aos alunos e à aprendizagem, são esses: a gestão da sala de aula; ao currículo e a instrução; e as demais questões concernentes ao processo de ensino e aprendizagem (Shulman, 2005).

Ao analisar a proposta do conhecimento pedagógico geral, observa-se estreita relação com os fundamentos teóricos metodológicos da atuação docente, o professor manifesta suas concepções docentes e seus princípios educacionais, quando utilizando um planejamento prévio, ele define suas estratégias pedagógicas e planeja sua aula, no sentido de lhes oferecer condições de interagir em distintos âmbitos de ensino e aprendizagem, independentemente da área em que atuam ou disciplina (Shulman, 2005).

5.1.3 Conhecimento do currículo

O conhecimento do currículo é a compreensão dos elementos e organização curricular das disciplinas e ementas que situam e operacionalizam a prática docente na instituição que vai do geral ao específico (Shulman, 2005). Este conhecimento abrange a legislação educacional que orienta a estrutura formativa vigente em âmbito geral e local, o perfil profissional pactuado socialmente num determinado momento histórico e sua expressão nos documentos institucionais, como o projeto pedagógico, a organização curricular, e as relações entre eles (Shulman, 2005).

5.1.4 Conhecimento sobre os alunos e suas características

O conhecimento dos alunos reflete o conhecimento do professor sobre os comportamentos e o contexto dos estudantes coletivo e individualmente (Shulman, 2005). Assim, com a percepção sobre a dimensão social e cognitiva dos alunos e suas características, torna-se possível, sensibilizar a relação professor-aluno e favorece o estabelecimento de diferentes estratégias que possam favorecer o processo de ensino aprendizagem, estimulando a compreensão e a aprendizagem destes alunos (Shulman, 2005).

5.1.5 Conhecimento do contexto educacional

Shulman (2005) identifica em sua abordagem que para construção do conhecimento deve ser associado a participação dos aspectos sociais, políticos, culturais e organizacionais do ambiente e na maneira como o professor ensina, o que corrobora com a autonomia do conhecimento do contexto dentro da base de conhecimentos para o ensino. Tais evidências encaminham a interpretação de que é indispensável o desenvolvimento e adaptação das especificidades do contexto de ensino e aprendizagem, por parte dos futuros professores, de uma compreensão aprofundada do contexto particular que irão atuar, para alcançarem condições de adaptar os demais integrantes da base de conhecimentos às especificidades do contexto (Shulman, 2005). O contexto de ensino e aprendizagem, nesse caso, é formado a partir da interação dos professores com diferentes alunos, que advém de endereços sociais particulares e se inserem em realidades escolares específicas (Shulman, 2005).

Segundo Shulman (2005), o conhecimento do contexto pode ser estruturado em três diferentes âmbitos, e a atuação docente do professor se dá desde o trabalho com os alunos individualmente, em grupos ou com toda turma. Diante disso, esses três âmbitos do conhecimento do contexto podem ser denominados, respectivamente em microcontexto da sala de aula, mesocontexto, da escola e macrocontexto, da comunidade, sendo todos analisados sob o ponto de vista da formação inicial e de seus reflexos na qualificação docente de professores (Shulman, 1987).

5.1.6 Conhecimento dos fins, propósitos e valores educacionais e sua base filosófica

O conhecimento dos objetivos, finalidades, valores educativos e seus fundamentos histórico-filosóficos refere-se a um reconhecimento mais amplo, relacionado à atuação docente

de base teórico-filosófica do processo e do resultado da concepção educacional vigente e orientadora da formação no campo de atuação do professor (Shulman, 1987; 2005). Parte daqui não apenas conhecer qual é a intenção máxima da formação e os instrumentos reconhecidos para sua condução, mas também reconhecer a motivação dos mesmos (Shulman, 2005).

5.1.7 Conhecimento Pedagógico do Conteúdo (CPC)

A partir da interpretação teórico-conceitual, o conhecimento pedagógico do conteúdo é caracterizado como aquele que o futuro professor utiliza da compreensão da realidade dos alunos do contexto, do conhecimento do conteúdo de ensino e aprendizagem (Shulman, 2005). Desta forma, ao longo da sua trajetória e formação inicial espera-se que os futuros professores se voltem a cada um dos quatro integrantes da base de conhecimentos: Conhecimento do conteúdo, Conhecimento pedagógico geral, Conhecimento do currículo, Conhecimento sobre os alunos e suas características, valorizando-os e os considerando nas distintas instâncias de suas práticas pedagógicas, seja no planejamento e na implementação, na gestão de suas estratégias de ensino e aprendizagem. Logo, os objetivos serão viabilizados por meio da intermediação e da interlocução do quinto integrante da base Conhecimento do contexto educacional para o ensino do conhecimento pedagógico do conteúdo (Shulman, 1986, 1987).

Com o intuito de elaborar uma explicação que torne o conhecimento sobre o conteúdo compreensível e ensinável aos alunos e como uma forma de reação as condições circunstanciais do contexto de ensino e aprendizagem, é preciso que o professor aprimore a sua capacidade de discernimento e de filtragem dos diferentes estímulos do meio, de modo a detectar quais são as reais necessidades dos alunos e que acabam por estabelecer tanto as prioridades quanto a opção por uma entre várias possibilidades de encaminhamento metodológico (Shulman, 2005).

Neste contexto, o professor deve lançar diferentes questionamentos ao ambiente como (o que? Para quem? Por quê? Quando? Com que frequência? De que forma? entre outras). Essas perguntas serão respondidas pelos integrantes da base de conhecimentos para o ensino com a mediação do conhecimento pedagógico do conteúdo, e de acordo com as respostas que o professor irá escolher a melhor estratégia, estímulo, feedbacks e conhecimento de resultados a serem apresentados aos alunos (Shulman, 2005).

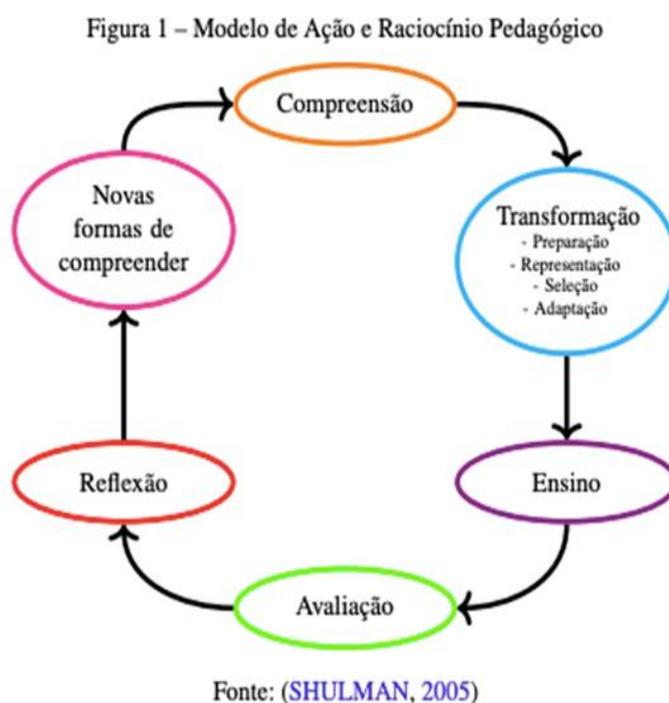
O conhecimento pedagógico do conteúdo refere-se, portanto, à construção pessoal do professor que ao integrar todas as suas vivências e todos os conhecimentos, estrutura uma concepção particular e aprofundada sobre o assunto visando ao seu ensino (Shulman, 2005). Assim, o conhecimento pedagógico do conteúdo estabelece uma agregação entre o conteúdo e

a pedagogia, para qual utiliza de elementos disponíveis nos conhecimentos do conteúdo, dos alunos, do contexto e pedagógico geral (Shulman, 2005).

5.2 PROCESSO DE AÇÃO E RACIOCÍNIO PEDAGÓGICO

O processo de raciocínio pedagógico, proposto originalmente por Shulman (1987), retrata uma sequência de eventos das práticas pedagógicas, com objetivo de viabilizar ao futuro professor a construção de conhecimentos relacionados a como deve-se ensinar distintos assuntos para alunos e contextos divergentes. Neste constructo, Shulman (2005), define o processo de raciocínio e ação pedagógica como uma sequência interativa formada por seis etapas entre essas: a compreensão, transformação (dividida em: preparação, representação, seleção e adaptação), instrução, avaliação, reflexão e a nova compreensão. Essas etapas englobam diferentes fases do envolvimento do futuro professor com sua base de conhecimentos e a prática pedagógica argumentando que o ensino requer tanto raciocínio quanto conhecimento (ALMEIDA et al, 2019), conforme pode-se observado na Figura 1.

Figura 1: Modelo de ação e raciocínio pedagógico:



A primeira etapa do ciclo do conhecimento segundo Shulman (2005), é a compreensão, essa propõe a construção de um nível mínimo de entendimento sobre os propósitos e a forma

como é estruturada determinada área do conhecimento sobre as ideias, os objetivos e estrutura do material dentro da disciplina. Logo, o desenvolvimento da capacidade de compreensão busca que os futuros professores não apenas conheçam somente um determinado assunto, mas que modifiquem suas formas de compreender de saber e interpretar o assunto (Shulman, 2005).

A segunda etapa é a transformação, essa refere-se ao tratamento e a gestão a que são submetidos os conhecimentos, integrantes da base de conhecimentos, visando a construção de uma concepção e de uma resposta individualizada do futuro professor sobre a matéria a ser ensinada (Shulman, 2005). Para que a etapa do processo de transformação aconteça, que existam subprocessos: (1) a preparação ou interpretação e análise crítica da seleção dos materiais didáticos textos, estruturação e avaliação da sua adequação, criando um repertório curricular e esclarecimento dos objetivos; (2) representação das ideias que se refere às análises, analogias, ilustrações, metáforas, demonstração e demais formas de representar o assunto para os alunos.; (3) seleção, momento da escolha das estratégias de ensino, organização e gestão que possibilitem a exploração e a construção individual e coletiva de novos conhecimentos pelos alunos.

A terceira etapa caracteriza a instrução, momento dedicado à implementação de diferentes estratégias no contexto de ensino e aprendizagem, utilizando de explicações e demonstrações claras e compreensíveis aos alunos a partir das concepções e questionamento dos alunos (Shulman, 2005; 1987). A fase de avaliação corresponde aos processos formais de avaliação movimento reflexivo que o professor faz para avaliar a reação e desempenho dos estudantes frente às escolhas didáticas e pedagógicas expressas na fase de ensino, assim como para avaliar, durante uma sessão, o seu próprio desempenho, com o intuito de adaptar-se à experiência (Shulman, 2005 Marcon, 2013).

A fase de reflexão é a ação do professor posterior a uma sessão e diz respeito à avaliação crítica com relação ao seu desempenho, sustentada em maiores evidências ou ainda amparada pela literatura especializada (Shulman, 2005). A fase nova formas de compreender representa uma espécie de fim de ciclo, para dar início a um novo movimento reflexivo. Diz respeito aos novos entendimentos do professor sobre a matéria, o conteúdo e os objetivos curriculares, fruto do acúmulo reflexivo advindo de suas experiências anteriores (Shulman, 2005).

5.3 TEORIA DA APRENDIZAGEM EXPERIENCIAL DE DAVID KOLB

Kolb é bacharel em psicologia, filosofia e religião no *Knox College*, e seu doutorado em Psicologia Social pela Universidade de Harvard, e foi professor de organização

comportamental e gestão na MIT *Sloan School of Management* e na *Weatherhead School of Management, Case Western Reserve University*, onde atualmente é professor emérito de Comportamento Organizacional (Kolb, 2015).

David Kolb é presidente da *Experience Based Learning Systems (EBLS)*, uma organização que foi fundada em 1980 para promover a pesquisa e a prática em aprendizagem experiencial (Kolb, 2015; 1984). A EBLS conduz pesquisas sobre a Teoria da Aprendizagem Experiencial e desenvolve muitos exercícios experienciais e instrumentos de autoavaliação, incluindo o mais recente Kolb Learning (Kolb, 2015).

O professor David Kolb tem grande reconhecimento por sua pesquisa sobre aprendizagem experiencial e estilos de aprendizagem descritos em sua obra :*Aprendizagem Experiencial: Experiência como Fonte de Aprendizagem e Desenvolvimento*. Além disso, é autor de muitos artigos, periódicos e capítulos de livros sobre aprendizagem experiencial. David Kolb recebeu vários prêmios de reconhecimento de pesquisa e quatro títulos honorários em reconhecimento das suas contribuições para a aprendizagem experiencial no ensino superior (Kolb, 2015).

O termo aprendizagem é definido como a obtenção de conhecimentos ou habilidades através da experiência, do estudo ou do ensino, ou mudança de uma tendência comportamental pela experiência (Kolb, 2015; 1984). O uso comum do termo “aprendizagem experiencial” define-o como uma forma particular de aprender com a experiência de vida, ainda, Kolb destaca que a aprendizagem experiencial, tem ênfase na experiência sensorial direta e na ação no contexto como a fonte primária de aprendizagem, muitas vezes subestimando o papel do pensamento, da análise e do conhecimento acadêmico (Kolb, 2015).

A compreensão do conceito de experiência e o seu papel na aprendizagem permanecem distantes e essa falta de clareza é particularmente problemático. Para Kolb o termo “experiencial” descreve a perspectiva teórica sobre a aprendizagem individual, processo que se aplica a todas as situações e arenas da vida, um processo holístico de aprendizagem que pode ajudar a superar as dificuldades de aprender com a experiência (Kolb, 2015).

Kolb (1984) enfatiza que a experiência resulta da interação entre o ambiente interno e externo do indivíduo, formando situações. Logo, destaca que viver em um mundo implica em interagir ativamente com ele, não apenas estar presente. Em contraste com abordagens da educação tradicional, que veem o conhecimento como algo fixo e invariável, a aprendizagem experiencial promove uma educação em constante transformação. Essa abordagem reconhece a capacidade do indivíduo de criar e recriar conhecimento por meio da interação dinâmica com seu contexto social.

A Teoria da Aprendizagem Experiencial de David Kolb, desenvolvida em 1984, é uma abordagem que destaca a importância da experiência na aprendizagem. Kolb propõe um modelo cíclico de quatro estágios, enfatizando que o aprendizado é mais eficaz quando há uma interação dinâmica entre esses estágios. Os quatro estágios são: A **experiência concreta** que inicia-se com uma experiência real ou um encontro prático com algo específico, a **observação reflexiva**: Após a experiência, ocorre a reflexão sobre a vivência, é neste estágio, que o aprendiz analisa e interpreta a experiência, tentando compreender o que aconteceu e por quê. Em seguida a **conceitualização abstrata**: Com base na reflexão, o aprendiz busca generalizar princípios, teorias ou conceitos que possam explicar a experiência. Isso envolve a tentativa de criar um entendimento mais amplo e teórico. E a última fase a **experimentação ativa**: Finalmente, o aprendiz aplica ativamente os conceitos e teorias desenvolvidos na prática, participando de novas experiências.

Este estágio fecha o ciclo, uma vez que a nova experiência concreta alimentará o próximo ciclo de aprendizagem (figura 2) (Kolb, 2015; 1984). Conforme figura 2:

Figura 2: Ciclo de aprendizagem de Kolb:



Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Os estágios formam um ciclo de aprendizado em que o conhecimento resultará na união da experiência alcançada. Kolb ainda destacou que a combinação de dois estágios do ciclo de

aprendizagem formam mais quatro estilos de aprendizagem. São também quatro os estilos de aprendizagem: **divergente**, combinado pela experiência concreta e a observação reflexiva; **assimilador**, combinado pela observação reflexiva e a conceitualização abstrata; **convergente**, combinado pela conceitualização abstrata e a experimentação ativa; e o **acomodado**, combinado pela experimentação ativa e com a experiência concreta (Figueiredo; Silva; Prado; 2022).

6 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo qualitativo, exploratório-analítico. A pesquisa qualitativa visa abordar, compreender, descrever e explicar os fenômenos sociais pela análise de experiências de indivíduos ou grupos (Minayo, 2012). Essas experiências podem estar relacionadas a histórias biográficas ou práticas cotidianas ou profissionais, e podem ser tratadas analisando-se conhecimento, relatos e histórias do dia a dia. Além disso, a pesquisa qualitativa também examina as interações, as comunicações e investigando documentos como textos, imagens entre outros (Minayo, 2012).

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema em questão, visando torná-lo mais explícito ou desenvolver hipóteses. Estas investigações buscam, principalmente, aprimorar ideias existentes ou descobrir intuições relacionadas ao tema. O planejamento dessas pesquisas é caracterizado pela flexibilidade, permitindo a consideração de diversos aspectos relacionados ao fenômeno estudado. Neste contexto, a pesquisa exploratória em sua maioria, abrange a consideração de diversos aspectos relacionados ao fato estudado. Geralmente, incluem levantamento bibliográfico, entrevistas com indivíduos que possuem experiências práticas relacionadas ao problema investigado e análise de exemplos que visam estimular a compreensão do fenômeno em questão (Gil, 2008). O estudo teve como alicerce teórico os Conhecimentos Base para o Ensino, de Shulman e a Teoria da Aprendizagem experiencial de David Kolb.

6.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na UTI adulto de um Hospital Universitário localizado na região sul do Brasil. Esta, possui 14 leitos de internação e o perfil dos pacientes admitidos é do tipo clínico-cirúrgico, nas especialidades respiratórias, cardiovasculares, neuromusculares, hematológicas, pós-operatórios de cirurgia torácica, abdominal, urológica, vascular, cabeça e pescoço e transplante hepático.

A equipe multiprofissional é composta por 12 enfermeiros assistenciais, 48 técnicos de enfermagem, nove fisioterapeutas e 17 médicos intensivistas, uma psicóloga, um farmacêutico, uma fonoaudióloga e uma nutricionista. Há ainda duas enfermeiras em atividades administrativas. Os demais profissionais, não são exclusivos da unidade: uma nutricionista, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e uma dentista.

A instituição possui uma Gerência de Ensino e Pesquisa, responsável pela organização dos estágios de graduação e das residências. Essa gerência é o elo entre os profissionais da prática e os estudantes e residentes para inúmeras demandas, tais como capacitações, gestão de escalas e resolução de conflitos, estas duas últimas em parceria em conjunto com a Comissão de Residência Médica (COREME) e Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU). Nos últimos dois anos, foram oferecidas duas capacitações para preceptores, mas com número de inscritos pequeno se comparado à quantidade de preceptores existentes na instituição. O primeiro curso denominou-se “Preceptoria em saúde: uma atividade multidisciplinar”, cujo objetivo foi desenvolver habilidades de preceptoria, a fim de capacitar os preceptores no desenvolvimento das atividades de ensino no campo da prática dos programas de residência médica e multiprofissional, com cerca de 40 participantes. A segunda edição desse mesmo curso aconteceu em 2023, com o mesmo número de participantes.

Com relação à preceptoria, a UTI possui estágios relacionados às 10^a fases dos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina. Já nas residências, são supervisionados profissionais da Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição, Farmácia e Serviço Social.

6.3 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A seleção dos participantes e locais de pesquisa foi realizada intencionalmente, ou seja, quando o pesquisador escolhe os casos que podem contribuir para as necessidades de informação do estudo (Polit, Beck, 2011). Os participantes deste estudo foram os profissionais da equipe da UTI (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, e farmacêuticos), assim como residentes e alunos da graduação que atuam no ensino junto às residências multi e uniprofissionais ou com os acadêmicos da área da saúde. Os critérios de inclusão definidos para os preceptores foram: ser preceptor atuante junto à graduação ou residência multi ou uniprofissional; ter atuado como preceptor, por pelo menos, seis meses na Unidade de Terapia Intensiva. Como critérios de exclusão: aqueles em férias ou licenças de qualquer espécie no período da coleta de dados. Com relação aos estudantes de graduação e residentes, os critérios de inclusão foram: ter realizado estágio de graduação ou atividades da residência nos anos de 2022 e 2023 e, especificamente para os alunos de graduação, ter estagiado por pelo menos três meses na unidade de terapia intensiva. Não foram definidos critérios de exclusão para este grupo.

No período da coleta de dados, não havia residente da Psicologia, Farmácia, Fonoaudiologia e Serviço Social atuando na UTI. As preceptoras da Psicologia e da Nutrição recusaram-se a participar. Desta forma, participaram deste estudo: 17 preceptores, 10 residentes e nove alunos da graduação em enfermagem (única profissão com esse tipo de estágio no momento da coleta de dados) totalizando 36 participantes (além da Enfermagem, Medicina e Fisioterapia também realizam estágios curriculares no local, porém, com cronograma diverso, que até o momento da coleta, não possuía definição para os meses subsequentes).

6.4 COLETA DOS DADOS

A coleta compreendeu o período de abril a agosto de 2023. Inicialmente realizou-se contato prévio com a coordenação da UTI adulto para apresentação do projeto de pesquisa e discussão sobre a coleta dos dados. Estes foram coletados por meio de entrevistas guiadas por roteiros semiestruturados, um específico para preceptores e outro para residentes e alunos de graduação (APÊNDICES A e B) com questões acerca do processo de ensino aprendizagem, a partir dos conhecimentos base para o ensino em UTI. Segundo Minayo (2014), a técnica de entrevista semiestruturada, remete ao sentido mais amplo da comunicação verbal e caracteriza-se por um diálogo com o objetivo de construção de informações pertinentes ao fenômeno da pesquisa investigada, por meio da interação entre o sujeito da pesquisa e o pesquisador. Neste contexto, o uso dessa técnica busca que o participante do estudo tenha a liberdade de explicar suas respostas ou condições pelo pesquisador determinadas.

Primeiramente, foi realizado o contato com a chefia da UTI adulto para apresentar os objetivos da pesquisa e solicitar um meio de comunicação dos participantes (*e-mail*, telefone, aplicativo de compartilhamento de mensagens etc.). Os participantes foram convidados por meio de aplicativo de compartilhamento de mensagens, e as entrevistas foram marcadas previamente, adequando-se à disponibilidade de cada entrevistado e ao cronograma do projeto.

Cada participante recebeu o termo de consentimento livre esclarecido (APÊNDICE C) e o termo de autorização para gravação de voz e vídeo (APÊNDICE D), foi realizada leitura em conjunto antes do início das entrevistas e após, assinados por participantes e pesquisadora principal. As entrevistas aconteceram de forma individual e online, com gravação de áudio e vídeo via *Google Meet* e gravadas por meio do programa *OBS Studio*, que permite gravar imagem e áudio. Após cada entrevista, foi realizada a transcrição do conteúdo pela pesquisadora principal com auxílio da ferramenta *Tactiq*: *Transcreva Google Meet e Zoom* e

numeradas por ordem de acontecimento, armazenadas em pastas distintas, sem apresentar a identificação do entrevistado.

As entrevistas tiveram duração média de 70 minutos, os áudios foram transcritos em documentos do *Microsoft Word for Windows* versão 2019 e exportados para organização e análise de conteúdo das entrevistas no *software* ATLAS.ti versão 23 (*software* para análise de dados qualitativos). No *software*, os dados exportados das entrevistas foram codificados, criou-se um arquivo com os dados da pesquisa denominado *hermeneutic unit*. Todas as entrevistas inseridas receberam o nome de *primary documents*, das quais foram selecionados os fragmentos chamados de *quotations*. Estas, estão sempre associadas aos *codes*, que são os códigos atribuídos pelo pesquisador mediante seu objeto de pesquisa.

6.4.1 Análise e interpretação dos dados

Os dados qualitativos foram analisados pela análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2011), em que os dados coletados na entrevista semiestruturada logo em sequência serão sistematizados de acordo com os principais significados presentes nas falas dos entrevistados, buscando identificar os temas mais significativos, que serão agrupados de acordo com as semelhanças. Segundo Bardin (2011), a análise temática é uma das formas que melhor se adequou a investigações qualitativas e é composta por três etapas: na pré-análise, por meio do contato direto dos dados brutos, com a organização das entrevistas por meio da leitura flutuante do conjunto de informações obtidas das transcrições.

Em seguida, foram organizados em documento de arquivo do *Microsoft Word*® 2016, de forma a possibilitar a seleção e sistematização, destacando dessa maneira as falas centrais. E na terceira fase de exploração do material, os dados já codificados na pré-análise foram lidos novamente, para ter a compreensão central dos dados. Após essa etapa, foi possível estruturar o primeiro esboço das categorias dos dados codificados. A última fase compreende o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Assim, a partir da categorização, os dados foram aproximados ao referencial teórico e interpretados buscando atender aos objetivos propostos do estudo.

A codificação sistemática enfatiza a importância de criar um sistema de categorias ou códigos que representem os temas, conceitos ou elementos de interesse na análise. Essa codificação é geralmente realizada de forma sistemática e transparente. A análise de conteúdo pode ser aplicada tanto de forma quantitativa, para contar ocorrências de categorias, quanto de forma qualitativa, para interpretar o significado dos dados. A contextualização que Bardin

ressalta é a necessidade de considerar o contexto no qual o conteúdo foi produzido, para entender plenamente o significado dos dados analisados (Bardin, 2011).

Desta forma, a organização dos dados desse estudo seguiu três fases de acordo com a organização de Bardin: na primeira fase a pré análise, segunda fase a exploração do material tratamento dos resultados, e na terceira fase a interpretação conforme quadro 1.

Quadro 1 – Relações entre as fases da análise de conteúdo e o software ATLAS TI.

Fases da Análise	Software Atlas.ti
Primeira fase: pré-análise	Criação da <i>hermeneutic unit</i> . Inserção dos <i>primary documents</i> selecionados.
Segunda fase: exploração do material	Seleção de <i>quotations</i> . Criação de <i>codes</i> . Agrupamentos dos codes em <i>families</i> .
Terceira fase: interpretação	Articulação entre <i>quotations</i> , <i>codes</i> e <i>families</i> a partir dos objetivos e referencial teórico.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos em todas as fases do estudo, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012. O projeto de pesquisa está vinculado ao macro projeto intitulado: *Desafios e potencialidades para o desenvolvimento de práticas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde de um hospital do Sul do Brasil* que foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Florianópolis (UFSC) sob parecer número do Parecer: 5.256.168, CAAE n. 55428121.0.0000.0121 aprovado CEP/CONEP: 22/02/2022 (ANEXO A).

O anonimato dos preceptores foi garantido por meio de um código alfanumérico composto por P de preceptor associado às iniciais da profissão (PEnf para preceptor enfermeiro, PMed para preceptor médico, PFarm para preceptor farmacêutico, PFono para preceptor fonoaudiólogo, PFisio para preceptor fisioterapeuta) seguido de um número cardinal. Para alunos de graduação, utilizou-se a letra A de aluno, seguida da profissão (AEnf para alunos de Enfermagem), seguido de um número cardinal. Para os residentes, adotou-se a letra R de residente, associada às iniciais da profissão (REnf para residentes enfermeiro, RMed para

residente médico, RNutri para residente nutricionista, RFisio para residente fisioterapeuta), igualmente seguido de um número cardinal.

8 RESULTADOS

A apresentação dos resultados deste estudo foi estruturada no formato de dois manuscritos, intitulados: **Conhecimentos para o ensino em terapia intensiva: análise a partir dos conceitos de Shulman**, e **Experiências concretas e observação reflexiva: transformações das relações entre residentes e preceptores a partir de Kolb**.

Os manuscritos serão submetidos posteriormente a periódicos científicos da área da saúde, intencionando contribuir para a formação de preceptores, por meio da socialização das considerações obtidas nesta pesquisa, que estão apresentados conforme as Normas de Apresentação para Teses e Dissertações da Universidade Federal de Santa Catarina.

8.1 MANUSCRITO 1

CONHECIMENTOS PARA O ENSINO EM TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISE A PARTIR DOS CONCEITOS DE SHULMAN

Gabriela Thome da Cruz de Oliveira

Daniele Delacanal Lazzari

RESUMO

Objetivo: analisar como se dá o processo de ensino e aprendizagem de cuidados críticos em Unidade de Terapia Intensiva na percepção de preceptores, residentes uni e multiprofissionais e alunos de graduação em enfermagem. **Método:** estudo qualitativo, exploratório-analítico, que teve como alicerce teórico o conhecimento base para o ensino, de Lee Shulman, com o objetivo geral de analisar como se dá o processo de ensino e aprendizagem de cuidados críticos em Unidade de Terapia Intensiva na percepção de preceptores e residentes uni e multiprofissionais e alunos de graduação. Participaram deste estudo: 17 preceptores, 10 residentes e nove alunos da graduação em enfermagem, totalizando 36 participantes. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a agosto de 2023, por meio de uma entrevista semiestruturada. Para o tratamento e análise dos dados foi utilizado a proposta operativa para análise temática de Bardin, e gerados *codes e quotations* geradas por meio do *software* Atlas.ti. **Resultados:** foram criadas três categorias analíticas: Conhecimento do conteúdo, Conhecimento pedagógico geral e Conhecimento dos objetivos, das finalidades do programa de residência, do contexto educacional e outros saberes. Os resultados apresentados identificaram que para os preceptores, residentes e alunos de graduação o aprendizado, assim como o conteúdo, é considerado complexo, por vezes difícil, em função do perfil do paciente atendido nas Unidades de Terapia Intensiva. Os preceptores reconhecem a complexidade da especialidade e dificuldades relacionadas aos conteúdos e enfrentam dificuldades em estabelecer uma rotina de aprendizado devido à falta de conhecimentos base para ensinar, e que se concentram apenas na prática diária, sem se manterem atualizados do conteúdo a ser ensinado. Isso cria obstáculos para o ensino dos conteúdos, prejudicando a qualidade do ensino e aprendizado. **Considerações finais:** Os conteúdos da grade teórica são considerados amplos para os residentes, inespecíficos e genéricos, não diretamente relacionados à área da especialidade. Além disso, os preceptores não estão envolvidos na organização desses conteúdos, contribuindo para a percepção de falta de direcionamento e relevância para a prática específica da especialidade.

Descritores: Preceptor; Preceptoria; Ensino; Aprendizagem; Conhecimento; Hospital Universitário.

ABSTRACT

Qualitative, exploratory-analytical study, which had as its theoretical foundation the Basic Knowledge for Teaching, by Lee Shulman, with the general objective of analyzing how the process of teaching and learning critical care takes place in the perception of preceptors and uni- and multi-professional residents and undergraduate nursing students. The following participated in this study: 17 preceptors, 10 residents and nine undergraduate nursing students (the only profession with this type of internship at the time of data collection), totaling 31 participants. Data collection took place from April to August 2023, through a semi-structured interview for preceptors, residents and undergraduate students. Open and axial coding was used to process and analyze the data and the data was analyzed according to Bardin's operational proposal for thematic analysis. From these codes and quotations, three analytical categories were created: Knowledge of the content, General pedagogical knowledge and Knowledge of the objectives, the purposes of the residency program, the educational context and other

knowledge. The results presented identified that learning, as well as the content, is considered complex, sometimes difficult, depending on the type of patient treated in the Intensive Care Units. Preceptors recognize the complexity of the specialty and difficulties related to content and face difficulties in establishing a learning routine due to the lack of knowledge of some who focus only on daily practice, without keeping up to date. This creates obstacles in the effective transmission of content, compromising the quality of teaching, as well as a weakness. The contents of the residents' theoretical grid are considered broad, non-specific and generic, not directly related to the area of specialty. Furthermore, preceptors are not involved in organizing this content, contributing to the perception of a lack of direction and relevance for the specific practice of the specialty.

Descriptors: Preceptor; Preceptorship; Teaching; Learning; Knowledge; University hospital.

INTRODUÇÃO

O preceptor tem papel essencial na formação em saúde, atuando na integração entre o trabalho e o ensino. Como figura integrante do processo de ensino-aprendizagem em programas de residência ou supervisão de estágios pré-profissionais (correspondentes à décima fase dos cursos de graduação da área da saúde), o preceptor aplica conhecimentos na prática profissional e desenvolve o papel de educador (Moreira *et al.*, 2022). Os preceptores devem compreender a dinâmica do ensino, a interação entre teoria e prática e o desenvolvimento de habilidades pedagógicas para orientar e guiar os alunos em seu processo formativo, em conjunto com os professores (supervisores e tutores) (Biscegli *et al.*, 2020).

A preceptoria em saúde, enquanto estratégia fundamental na formação e qualificação dos profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS), é parte integrante da política de pós-graduação em saúde no Brasil. Este processo permite que os alunos de graduação ou especialização, adquiram experiência prática e conhecimento diretamente nos serviços de saúde, fortalecendo assim a qualidade do atendimento oferecido pelo SUS (Rodrigues, Witt, 2022).

A obtenção de experiência clínica é fundamental tanto na graduação quanto na pós-graduação. É necessário que a preceptoria reconheça alguns aspectos para desempenhar o seu papel, dentre os quais pode-se citar, o reconhecimento das próprias limitações e das dos alunos, o apoio do corpo docente, a capacitação em ensino clínico e habilidades de avaliação, e o acesso a fontes de informação. Esses elementos são importantes para o sucesso da preceptoria e podem ser alcançados por meio de programas bem estruturados que facilitem a integração da preceptoria no ambiente das atividades de aprendizagem clínica (Dube, Rakhudu, 2021).

Para facilitar a aprendizagem dos alunos Lee Shulman, em 1986 e 1987, propôs um repertório profissional que envolve categorias de conhecimentos relacionadas à compreensão

do que é fundamental para facilitar a aprendizagem dos alunos. Este foi denominado de conhecimento base para o ensino e implica afirmar que há necessidade de um corpo específico de conhecimentos para tomar decisões sobre um conteúdo e a maneira de ensiná-lo. Essa ideia pressupõe tanto o conhecimento pedagógico geral quanto o conhecimento profundo do conteúdo a ser ensinado (Shulman, 2005; Ribeiro Miranda, 2019).

Diante do conhecimento base para o ensino, Shulman, apresentou três categorias teóricas de conhecimento relacionadas ao desenvolvimento cognitivo do professor: conhecimento do conteúdo, conhecimento pedagógico do conteúdo e conhecimento curricular (Shulman, 2005; Marcon, 2013). No ano seguinte, Shulman revisou essas categorias desdobrando-as em sete subcategorias: conhecimento do conteúdo; conhecimento pedagógico geral, que abrange princípios e estratégias mais abrangentes relacionados à gestão e organização da sala de aula, independentemente do conteúdo específico; conhecimento do currículo; conhecimento pedagógico do conteúdo; conhecimento dos aprendizes e suas características; conhecimento dos contextos educacionais; e o conhecimento dos fins, propósitos e valores da educação, bem como de sua base histórica e filosófica. Essas categorias de conhecimento são fundamentais para o desenvolvimento cognitivo e profissional dos professores, que são oriundos de quatro fontes principais: a formação acadêmica; o contexto educacional; a pesquisa; e o saber advindo da experiência (Shulman, 2005; Almeida *et al.*, 2019). Finalmente, o referencial teórico de Lee Shulman é particularmente reconhecido pela teoria do Conhecimento Pedagógico do Conteúdo (CPC), definido como a junção entre o conteúdo e o conhecimento pedagógico, constituindo a compreensão e a interpretação que o professor dá ao seu repertório de saberes (Ribeiro *et al.*, 2020; Shulman, 2006).

Neste sentido, ao pensar o CPC em relação à preceptoria, compõem-se um espaço entre ser professor e ser preceptor, pouco discutido e compreendido. Frequentemente, preceptores estão envolvidos em um processo duplo de resolução de problemas: raciocínio clínico para cuidar dos pacientes e raciocínio educacional para ensinar os alunos. Além disso, as condições de ensino dependem, em grande parte, de fatores que estão além do controle dos preceptores, tais como o fluxo de pacientes, a diversidade de problemas clínicos e as restrições de tempo dentre outros (Alpine, Caldas, Barret, 2019; Dyar *et al.*, 2021).

Desta forma, entre ser um profissional da prática que trabalha em hospital de ensino e por isso, ensina, pode-se considerar que a estes também são imputadas, em parte, as responsabilidades de um professor, embora, os papéis dos preceptores são, usualmente, descritos como fornecedor de informação, modelo, facilitador, mentor, assessor, avaliador, dentre outros (Dyar *et al.*, 2021). Sentir-se seguro em assumir a posição de ensinar, ao mesmo

tempo em que deve estar seguro com o repertório de conhecimentos que lhe são exigidos em UTI, impõe, portanto, a necessidade de assumir o ensino diante da ausência de qualquer formação, bem como, o não reconhecimento de seus papéis. De fato, os preceptores necessitam de uma base pedagógica para desempenhar o papel de mediadores do conhecimento (Carvalho, Gutierrez, 2021). Neste sentido, os conhecimentos base para o ensino (Shulman, 2005) quando transpostos para a lógica da preceptoria, consideram que o professor é aquele que se encontra em uma situação de ensino, seja ela formal ou não e para isso, demanda o desenvolvimento de um repertório de conhecimentos para o exercício da prática educacional (Ribeiro et al, 2020). Para tanto, questiona-se: como se dá o processo de ensino e aprendizagem, na percepção de preceptores e residentes uni e multiprofissionais e alunos de graduação em enfermagem em uma unidade de terapia intensiva adulto? O objetivo geral deste estudo foi: analisar como se dá o processo de ensino e aprendizagem de cuidados críticos na percepção de preceptores e residentes uni e multiprofissionais e alunos de graduação em enfermagem.

MÉTODO

Estudo qualitativo, do tipo exploratório-analítico, que teve como alicerce teórico os Conhecimentos Base para o Ensino, de Lee Shulman. O estudo foi desenvolvido na UTI adulto de um Hospital Universitário localizado na região sul do Brasil. A equipe multiprofissional era composta por 12 enfermeiros assistenciais, 48 técnicos de enfermagem, nove fisioterapeutas e 17 médicos intensivistas, uma psicóloga, um farmacêutico, uma fonoaudióloga e uma nutricionista. Os demais profissionais, não são exclusivos da unidade: uma nutricionista, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e uma dentista.

A instituição possui uma Gerência de Ensino e Pesquisa responsável por coordenar os estágios de graduação e programas de residência. Essa gerência funciona como um elo entre os profissionais no campo e os estudantes, proporcionando uma variedade de serviços como treinamentos, organização de escalas e resolução de conflitos. Estas últimas atividades são realizadas em parceria com a Comissão de Residência Médica (COREME) e a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU). Na UTI, são oferecidos estágios para alunos nas 10^a fases dos cursos de Enfermagem e Medicina. As residências oferecem supervisão a profissionais de várias disciplinas, incluindo Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição, Farmácia e Serviço Social

A seleção dos participantes e locais de pesquisa foi realizada intencionalmente e constituíram-se nos profissionais da equipe da UTI (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas,

nutricionistas, fonoaudiólogos, e farmacêuticos), assim como residentes e alunos da graduação. Como critério de inclusão para os preceptores foram: ser preceptor atuante junto à graduação ou residência multi ou uniprofissional; ter atuado como preceptor, por pelo menos, 06 meses na Unidade de Terapia Intensiva adulto. Como critérios de exclusão: aqueles em férias ou licenças de qualquer espécie no período da coleta de dados.

Com relação aos critérios de inclusão para os estudantes de graduação e residentes adotou-se: ter realizado estágio de graduação ou atividades da residência nos anos de 2022 e 2023 e, especificamente para os alunos de graduação, ter estagiado por pelo menos três meses na Unidade de Terapia Intensiva adulto. Não foram definidos critérios de exclusão para este grupo.

Durante a fase de coleta de dados, não havia residentes das áreas de Psicologia, Farmácia, Fonoaudiologia e Serviço Social atuando na UTI. Além disso, as preceptoras de Psicologia e Nutrição optaram por não participar do estudo. Portanto, o grupo de participantes foi composto por 17 preceptores, 10 residentes e nove alunos de graduação em enfermagem, sendo está a única especialidade com estágio disponível no período da coleta. No total, o estudo contou com 36 participantes ao total.

A coleta ocorreu no período de abril a agosto de 2023. Inicialmente realizou-se contato prévio com a coordenação da UTI adulto para apresentação do projeto de pesquisa e discussão sobre a coleta dos dados. Para realização das entrevistas os participantes foram entrevistados por meio de uma entrevista guiada por um roteiro semiestruturado, sendo um para preceptores e outro para residentes e alunos de graduação, com questões acerca do processo de ensino aprendizagem, a partir dos conhecimentos base para o ensino de Shulman.

Os participantes foram convidados por meio de aplicativo de compartilhamento de mensagens, e as entrevistas foram marcadas previamente, adequando-se à disponibilidade de cada entrevistado e ao cronograma do projeto.

As entrevistas aconteceram de forma individual e online, com gravação de áudio e vídeo via *Google Meet* e gravadas por meio do programa *OBS Studio*, que permitiu gravar imagem e áudio. Após cada entrevista, foi realizada a transcrição da entrevista pela pesquisadora principal com auxílio da ferramenta *Tactiq*: *Transcreva Google Meet e Zoom* e numeradas por ordem de acontecimento, armazenadas em pastas distintas, sem apresentar a identificação do entrevistado.

As entrevistas tiveram duração média de 45 minutos, foram realizadas pela pesquisadora principal e os áudios foram transcritos em documentos do *Microsoft Word for Windows* versão 2019 e exportados para organização e análise de conteúdo das entrevistas no *software* ATLAS.ti

versão 23 (*software* para análise de dados qualitativos). No *software*, os dados exportados das entrevistas foram codificados, criou-se um arquivo com os dados da pesquisa denominado *hermeneutic unit*. Todas as entrevistas inseridas receberam o nome de *primary documents*, das quais foram selecionados os fragmentos chamados de *quotations*. Estas, estão sempre associadas aos *codes*, que são os códigos atribuídos pelo pesquisador mediante seu objeto de pesquisa. Após a transcrição, as entrevistas foram validadas pelos participantes.

Os dados qualitativos foram analisados pela análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2011), em que os dados coletados na entrevista semiestruturada logo em sequência foram sistematizados de acordo com os principais significados presentes nas falas dos entrevistados, buscando identificar os temas mais significativos, e agrupados de acordo com as semelhanças. Desta forma, a organização dos dados desse estudo seguiu três fases de acordo com a organização de Bardin: pré análise, exploração do material e o tratamento dos resultados a inferência e a interpretação, conforme quadro 1.

Quadro 1 – Relações entre as fases da análise de conteúdo e o software ATLAS TI

Fases da Análise	<i>Software Atlas.ti</i>
Primeira fase: pré-análise	Criação da <i>hermeneutic unit</i> . Inserção dos <i>primary documents</i> selecionados.
Segunda fase: exploração do material	Seleção de <i>quotations</i> . Criação de <i>codes</i> . Agrupamentos dos <i>codes</i> em <i>families</i> .
Terceira fase: interpretação	Articulação entre <i>quotations</i> , <i>codes</i> e <i>families</i> a partir dos objetivos e referencial teórico.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023

O estudo cumpriu os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos em todas as fases do estudo, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012. O projeto de pesquisa está vinculado ao macro projeto intitulado: Desafios e potencialidades para o desenvolvimento de práticas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde de um hospital do Sul do Brasil, que foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Florianópolis (UFSC) sob parecer número do Parecer: 5.256.168, CAAE n. 55428121.0.0000.0121 aprovado CEP/CONEP: 22/02/2022.

O anonimato dos preceptores foi garantido por meio de um código alfanumérico composto por P de preceptor associado às iniciais da profissão (PEnf para preceptor enfermeiro, PMed para preceptor médico, PFarm para preceptor farmacêutico, PFono para preceptor fonoaudiólogo, PFisio para preceptor fisioterapeuta) seguido de um número cardinal. Para alunos de graduação, utilizou-se a letra A de aluno, seguida da profissão (AEnf para alunos de Enfermagem), seguido de um número cardinal. Para os residentes, adotou-se a letra R de residente, associada às iniciais da profissão (REnf para residentes enfermeiro, RMed para residente médico, RNutri para residente nutricionista, RFisio para residente fisioterapeuta), igualmente seguido de um número cardinal.

RESULTADOS

Participaram deste estudo: 17 preceptores, 10 residentes e nove alunos da graduação em enfermagem (única profissão com esse tipo de estágio no momento da coleta de dados) totalizando 36 participantes. Em relação a formação dos preceptores 100% (n=17) são especialistas, 70% (n=12) são mestres e 17% (n=3) são doutores. Com relação a formação dos residentes dos 9 residentes entrevistados apenas 22% (n=2) possuem outra especialização, 11% (n=1) é mestre e nenhum residente tem doutorado.

No software Atlas Ti foi criado um arquivo que reuniu os dados da pesquisa, denominado hermeneutic unit. Todas as entrevistas inseridas receberam o nome de primary documents, que tiveram inúmeros fragmentos selecionados, chamados de quotations. Estas, estão associadas aos codes, que são os códigos atribuídos pelo pesquisador mediante seu objeto de pesquisa, demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da quantidade de quotations [n=329] de acordo com os codes [24] de Conhecimentos Base para o Ensino. Florianópolis, SC, Brasil, 2023.

<i>Codes</i>	<i>Quotations</i>	
	N	%
Aprendizagem difícil	34	10,33
<i>Feedback</i>	33	10,03
Preceptor como guia	30	9,11
Dificuldades na prática	28	8,51

Desenvolvimento profissional	27	8,20
Conteúdos	27	8,20
Complexidade	25	7,59
Aprendizagem	23	6,99
Aulas repetitivas	18	5,47
Especialidade	16	4,86
Métodos de ensino	15	4,55
Experiência	15	4,55
Ausência de conhecimento pedagógico	15	4,55
Avaliação	13	3,95
Outros	10	3,03
Total	329	100

Fonte: Elaborado pela autora, 2023

Os *codes* com número inferior a três *quotations* não foram descritos na tabela, pois possuíam proximidade temática com as categorias de análise e com os 14 *codes* já mencionados, de modo que o sentido da fala dos participantes e até algumas de suas citações (*quotations*) também foram levadas em consideração. A partir desses *codes* e *quotations* foram criadas três categorias analíticas: Conhecimento do conteúdo, Conhecimento pedagógico geral e Conhecimento dos objetivos, das finalidades do programa de residência, do contexto educacional e outros saberes.

Conhecimento do conteúdo

Essa categoria representa 44,65% das *quotations* e agrega os seguintes *codes*: aprendizagem difícil, dificuldades na prática, conteúdos, complexidade, aulas repetitivas e ausência de conhecimento pedagógico. O conhecimento do conteúdo, caracterizado pelo saber teórico e científico, técnico, prático e experiencial está presente nas percepções dos preceptores. O aprendizado, assim como o conteúdo, é considerado complexo, por vezes difícil, em função do tipo de paciente atendido nas Unidades de Terapia Intensiva. Os preceptores reconhecem a complexidade da especialidade e dificuldades relacionadas aos conteúdos.

É um aprendizado difícil, o principal é a complexidade da área. Especificamente a terapia intensiva é complexa. Envolve conteúdos com muitas dimensões. O fato de estarmos lidando com pacientes na iminência da morte ou em situações muito críticas dá pouca margem para erro, então isso faz com que tudo seja mais difícil. (PFarm1)
A UTI é um ambiente complexo, é diferenciado e exige bastante do aluno em termos de conteúdo. (PMed2)
Temos que dar conta da assistência e ela tem um tempo. Nessa dinâmica, o tempo dá pouca oportunidade de fato, dentro da nossa carga horária de trabalho, de oportunizar aprofundamento do conteúdo. (PFarm1)

Na percepção dos residentes e alunos de graduação há dificuldades por parte dos preceptores de estabelecerem uma rotina de aprendizado com relação aos conteúdos, diante da falta de conhecimento de alguns preceptores que atuam focados na prática do dia a dia, sem atualizarem-se. Cumprir tarefas (realizar procedimentos), dar conta ou ser absorvido pela rotina e dificuldades em estabelecer um diálogo acadêmico durante a prática na UTI também foram citados como parte das vivências na terapia intensiva tanto nos estágios, quanto no período da residência.

Tem profissionais que estão ali na UTI que não possuem a formação de intensivista, não dominam alguns conteúdos do intensivismo. Muitas vezes, eles não têm conhecimento da fisiopatologia para explicar o porquê se faz tal coisa em UTI. (REnf3)
O conhecimento é aquele do dia a dia. O preceptor não é um professor que está ali para me explicar. Então as atividades acabam ficando baseadas em cumprir tarefas, o residente é tarefeiro. (REnf2)
É um conteúdo difícil, um local difícil e são pacientes difíceis, graves. Foram poucos os preceptores que me explicaram algum conteúdo. (AEnf1)
A maioria dos preceptores não conseguem explicar o conteúdo. Não significa que ele é ruim ou burro, mas é que ele não sabe passar o conteúdo e isso acaba influenciando na nossa formação. (AEnf2)
Algumas vezes o aprendizado na UTI foi difícil. Os preceptores até sabiam o que estavam fazendo, mas não sabiam o porquê, não sabiam explicar. Então, eu fazia as atividades por rotina. (AEnf4)
Apesar da minha preceptora ser muito boa na prática, eu sinto que falta conteúdo atualizado. Uma vez ela me trouxe três artigos, todos desatualizados, de 1998 e 2002. (RNutri1)
O aprendizado do conteúdo, de modo geral, é muito difícil. É muito abrangente, é muita coisa para ver num curto período. (RMed1)
O aprendizado é difícil. Os conteúdos são muito específicos, é muita informação ao mesmo tempo. O aprendizado poderia ser mais fácil, se fosse implementada uma política de mais ensino e menos prestação de serviço. (RFisio3)

Especificamente, sobre o que se discute em termos de conteúdo para atuar em terapia intensiva, os preceptores reconhecem as dificuldades e as limitações para aprofundar e desenvolver habilidades e conhecimentos na especialidade. Ao passo que os conteúdos contidos na grade teórica dos residentes são percebidos como amplos, inespecíficos, genéricos, não voltados para a área da especialidade e de cuja organização, os preceptores não participam.

Nessa questão do ensino dos conteúdos, ainda temos muito a aprender com a equipe da residência médica. Porque é muito ruim ver os nossos residentes muitas vezes

sendo usados apenas como mão de obra ali dentro. (PEnf7)
Devíamos estudar mais, vemos as outras profissões sempre fazendo grupo de estudo, reuniões entre residentes, alunos e profissionais. Estão sempre lendo artigos, se atualizando e a enfermagem trabalhando muito e sempre fisicamente cansada. (PEnf5)
Com relação ao conteúdo, eu sei que eu parei no tempo, mas os professores que vem dar estágio de UTI aqui são muito piores do que eu. (PEnf6)
Eu mudaria o conteúdo das aulas. Embora da parte da teoria, nós preceptores, acabamos não participando. (PMed3)
Os residentes não estão satisfeitos com as aulas teóricas, isso acaba prejudicando até a motivação deles. É uma teoria que não tem nada a ver com o conteúdo da especialidade. (PFono1)
As disciplinas deveriam ser reestruturadas, com aulas dentro do hospital, com mais tempo para discussões da especialidade. As disciplinas ocupam uma grande parte da carga horária, mas é o aprendizado na prática que devemos objetivar. Residência é ensino na prática. Então essa carga horária toda ali é para que ele fique na prática, aprendendo no dia a dia. (PFisio1)
O conteúdo teórico precisa mudar, porque é desconexo com a realidade. É um tempo perdido. Não tem aulas das especialidades, é desorganizado. (PFisio2)
Eles estudam conteúdos inespecíficos, amplos e eu não sei para onde é que vão levar isso. Têm uma carga horária teórica grande, mas tem umas aulas que eu não entendo para que serve na prática. O R2 está na prática, estuda sozinho, mas a construção do conhecimento é algo que fica jogado, as aulas não tem nada a ver com UTI. (PFisio4)

Sobre a percepção dos residentes acerca das aulas, identifica-se que são aproximadas daquelas dos preceptores, classificando as aulas teóricas como genéricas, repetitivas ou perda de tempo.

Como uma residência multiprofissional tem aulas tão genéricas e repetitivas? Deveriam ser conteúdos da especialização. Chegou a um ponto em que as disciplinas falavam praticamente as mesmas coisas. Ficávamos dando voltas, não conseguia ver produtividade, não acrescentava conhecimento. Eram poucas as aulas de conteúdo clínico (REnf3)
Eu não tenho tanto conhecimento clínico para aplicar na prática, mas os preceptores já querem que você atue e nas nossas aulas não temos esse suporte. (REnf1)
As aulas são uma perda de tempo. Eu estou ali para aprender a ser um profissional. Nós deveríamos ter outros conteúdos. Porque eu saio formado para fazer tarefas. Mas não tenho nada sobre gestão, liderança de equipe, resolução de conflitos. (REnf2)
Eu mudaria o conteúdo das aulas, são muito repetitivas, é tudo política pública. Eu sei que estamos num hospital da escola, mas eu deveria ter mais estatística, epidemiologia. (RNutri1)
Eu mudaria o programa de aula. É muita aula, isso cansa no sentido da saúde mental mesmo, porque temos que preparar aula, é exaustivo. Eu faria mais discussão à beira leito. Não é bem estruturado, nem planejado. (RMed1)
As aulas sobre SUS são importantes, mas eu traria muito mais coisa da especialidade mesmo, disciplinas e um cronograma específico. (RF6)
Temos muita disciplina que não é proveitosa e é repetitiva. Os conteúdos precisam ser revisados. Ninguém gosta de estudar só SUS, políticas públicas, repetidamente. Eu já estou na segunda disciplina em que eu estudei as mesmas políticas. (RFisio1)

Alguns residentes referem-se a programação de aulas de maneira não estruturada para contemplar, também, a especialidade, além dos demais conteúdos multi ou uniprofissionais.

Conhecimento Pedagógico Geral

Essa categoria representa 38,58% das *quotations* e agrega os seguintes *codes*: feedback, desenvolvimento profissional, aprendizagem, especialidade, métodos de ensino e avaliação. No que se refere ao planejamento e execução do processo de ensino-aprendizagem, as questões pedagógicas relacionadas aos métodos de ensino ou avaliação constituem-se em uma fragilidade na relação entre preceptores e alunos/residentes.

Eu nunca usei nenhuma metodologia, nem tenho conhecimento para isso, aprendi um pouco no mestrado, mas nada que tenha colocado em prática. Tudo foi construído na prática, durante os anos de preceptoria. (PEnf8)

Falta a parte pedagógica, de capacitação. Não temos estudo de caso, não há uma sistematização no processo de ensino. Você tem diferentes métodos de transmissão destas informações para os alunos, de uma maneira nada uniforme. Isso prejudica o aprendizado. (PEnf7)

Eu não uso nenhum método, só quando vou avaliar e uso um instrumento que nos dão. Não estamos preparados para sermos preceptores. (PEnf5)

Eu ensino conforme eu acho que eu aprendo e eu tento explicar de diferentes formas de acordo com as dificuldades que os alunos apresentam. (PEnf3)

Não tenho método, eu acho que a linha de pensamento que temos é o caso clínico. Então é pegar um caso e discutir com o acadêmico e o residente, e em cima daquele caso tentar ver todos os aspectos e ensinar. (PMed1)

Não tenho uma metodologia. Temos algumas coisas que acredito que todos nós cumprimos, que é inseri-lo dentro do ambiente. E fazemos um *checklist* na cabeça do que temos que ensinar. Mas não temos preocupação pedagógica. Vamos colocando um monte de coisa, eles ficam até tontos no começo. (PFisio2)

Eu comecei a sentir também essa lacuna de conhecimento da área educacional em si, pedagógica mesmo. Quando estávamos no movimento para revisão das diretrizes curriculares eu já tinha tomado um pouco de ciência da discussão sobre as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a aprendizagem baseada em problemas, esses conceitos já estavam na minha cabeça, mas aplicá-los na prática, não. (PFarm1)

O despreparo, a falta de didática, a ausência do preceptor durante o horário de trabalho ou estágio e estar com diferentes profissionais (em função das escalas de trabalho) ao longo de uma mesma semana, impactam a percepção dos residentes e alunos da graduação quanto ao seu aprendizado. Na Enfermagem, especificamente, foram recorrentes os relatos de abandono durante o período de estágio da graduação.

O preceptor tem que ter essa capacidade de ensinar, ele também tem que ser um professor e estar ciente de que o aluno não vai saber tudo. (AEnf2)

O preceptor tem que ter didática. Eu entendo que é maçante a rotina. Se eu fiz três procedimentos, por exemplo, ele me acompanhou em um e viu que eu tenho dificuldades, poderia me avisar, me indicar um artigo. Burro é aquele que sai com dúvidas, mas muitas vezes, é assim que me sinto. (REnf2)

Alguns preceptores me abandonaram, me deixaram sozinha. Ficavam horas na copa, tomando café. Teve um dia em que eu fui procurar ajuda, não encontrei minha preceptora, a outra enfermeira também não estava e quando vi, estava completamente sozinha na UTI. Então há um despreparo na forma de conduzir essa supervisão, falta didática para ensinar. (AEnf1)

Cada dia estamos com um profissional diferente e isso influencia o aprendizado. Tem enfermeiros que amam explicar, ensinar. E tem aqueles que estão ali apenas para te delegar procedimentos. (AEnf5)

O dia que eu mais aprendi foi num plantão noturno. A preceptora tinha um jeito muito especial de ensinar. Com outros, tive situações que não foram tão legais, eu senti pouca abertura, aí eu me fechei. Teve uma preceptora que passou do ponto e outros dois que eu queria sair correndo, chorar, porque eles me abandonaram totalmente. Teve uma tarde que me deixaram sozinha na UTI a tarde inteira. (AEnf2)
Teve quem me instigasse a pensar os porquês e teve quem me mandava fazer, sem me ajudar a refletir. Teve vezes que eu queria resolver uma dúvida sobre um procedimento e a preceptora me falava, “mas como é que tu não sabes disso se já tá na décima fase?”. (AEnf4)
Sobre a minha preceptora, não tive problemas com ela. Ela é bem didática explicando. Claro que tem alguns pontos que eu mudaria, a organização é falha. E com o resto da equipe eu tiro bastante dúvida com os enfermeiros, com a fisioterapia, farmácia. (RNutri1)

Quanto ao *feedback*, os preceptores referem ter dificuldade em dar o *feedback* tanto positivo ou negativo para os residentes e alunos da graduação. Assim como, os preceptores relatam que fazem o *feedback* de forma informal sem ter um instrumento mais estruturado para apoiá-los de forma padronizada.

Damos indícios e pequenos *feedbacks* se as coisas estão indo bem ou se estão indo mal. Tem que ter algo estruturado, temos que ter formação, sabermos o que temos que cobrar do aluno e como dar esse *feedback* da forma mais didática possível. (PEnf8)
Dou alguns *feedbacks* diários e outros semanais, mas sinto falta de algo que não dependa só da minha vontade de fazer essa avaliação. Acaba que passamos algumas semanas sem que haja essa troca. Pelo menos de uma maneira padronizada. (PEnf7)
O *feedback*, tanto bom quanto ruim, faço por semana ou a cada duas semanas. Se for uma coisa mais grave, falo logo. Quando temos problemas, eu gosto de esperar um pouco para ver se realmente é um problema, se foi só um dia que o aluno ou residente esqueceu, ou não estava muito bem. (PEnf5)
É o que eu mais tenho dificuldade, principalmente o *feedback* negativo. É algo que eu tenho que trabalhar em mim, eu tenho dificuldade de chamar a atenção, dizer que algo não está bom. (PEnf1)
Damos *feedback* quando acontece alguma coisa negativa e eu acho que é o pior jeito. Não adianta ficar pontuando problemas todos os dias, porque o residente vai ficando cada vez mais reativo. Com os alunos da graduação, eu dou muito menos *feedback* do que eu deveria, até porque eles ficam apenas uma semana apenas dentro da UTI. (PMed2)
Eu tento dar o *feedback* na hora. De uma maneira que seja construtiva, informando o que ele pode melhorar. Mas é um *feedback* informal. Não sei se é da maneira adequada. É meio que um quebra-cabeça, fica meio vago. A maioria dos residentes é receptiva, então é algo super construtivo, mas nunca tive problemas quanto a isso. (PFisio4)

O processo de avaliação dos residentes e alunos da graduação é identificado pelos preceptores com algumas fragilidades em sua execução. De acordo com os preceptores existe um distanciamento da universidade com relação à participação no processo de formação do início ao final do estágio da graduação. No que se refere à avaliação, os preceptores relatam que fazem de maneira subjetiva, informal e desorganizada.

Eu mostro como faço e dou as dicas. Depois deixo fazer e observo como é feito. Não conheço o currículo, não conheço os professores, não sei quais são os pontos fortes

ou fracos da formação. Eu não sei se no final do estágio vai ser me dado algum instrumento para preencher, alguma avaliação dos acadêmicos ou do residente. (PEnf3)

A avaliação é totalmente subjetiva, não temos nenhuma forma de avaliação objetiva. Quando eu era residente também não tínhamos nenhuma avaliação. Damos *feedback* mas coisas muito pontuais, do dia a dia, e de forma desorganizada. Com os alunos da graduação já é algo mais distante, eles têm um caderno de avaliação, temos que dar uma nota, que geralmente é 9 ou 10, que não é verdadeira. Em geral, é bem subjetivo, nada organizado. Não tem instrumento formalizado, nunca teve. (PMed3)

Eu sinto falta de ter uma ferramenta para isso, porque é muito subjetivo. Acaba sendo tudo muito vago. Sem nenhum instrumento formal. (PFisio3)

O aprendizado do aluno de graduação é difícil de avaliar, quando eles chegam, estão completamente perdidos, não sabem fazer nada, e tens alguns que não se interessam mesmo. Então a nossa avaliação é basicamente se eles conseguiram aprender a ver o paciente e a pensar como avaliar o que é importante. Também avalio o interesse, tem aluno que não tem interesse de fazer nada, chega tarde, quer sair cedo e desaparece no meio. Não temos autoridade sobre os alunos. (PMed1)

Nessa função, eu vi que preciso definir um cronograma pedagógico, de habilidades que eu preciso desenvolver com esse residente para daí, avançarmos. Tem que perceber que tem uma progressão, que tem um escalonamento, um desenvolvimento de habilidades. (PFarm1)

Semelhante ao relato dos preceptores, os residentes e alunos da graduação também pontuaram o processo avaliativo como desorganizado, informal e sem uma periodicidade das avaliações acontecerem, sendo que alguns alunos relatam que eram avaliados somente no final do estágio, só por questões de formalidade.

Eu nunca dei *feedback* para o preceptor e nunca recebi. A minha avaliação foi muito pontual durante o estágio. Oficialmente eu tive duas avaliações, com o preceptor e a professora responsável. (AEnf1)

Isso é algo que não fica muito bem acordado. *Feedback* não é algo que acontece. É algo *informal*, mais um vínculo de confiança. Eu recebi um elogio esses dias, um enfermeiro falou para outro que eu era ótima, super proativa e eu fiquei tão feliz. Mas foi a única vez durante todo o estágio que alguém falou alguma coisa. Temos um instrumento avaliativo, mas não se usa muito. Mas no final do estágio tem uma avaliação, mas é mais uma formalidade. (AEnf5)

Nunca teve *feedback*. Às vezes tinha algum elogio sobre algo simples, que consegui fazer. Tudo foi avaliado no último dia da graduação, quando teve avaliação com a professora supervisora. Mas no geral não teve nenhuma troca, nenhum *feedback*. Minha avaliação foi com duas preceptoras e a minha professora. A professora elencou alguns pontos, as preceptoras comentaram, a professora sugeriu uma nota e elas aceitaram. (AEnf3)

A ausência de avaliações do tipo *feedback* também são relatadas como prejudiciais ao processo de ensino dentro da UTI. Os residentes identificam que há inexperience dos preceptores quanto ao processo avaliativo, embora existam relatos de que o cenário é propício para o estabelecimento de diálogo.

Uma preceptora falou para mim “eu não sei o que vai ser de ti depois dessa residência”. Teve outro que foi agressivo comigo, ele soltou alguns comentários do mesmo tipo “não sei se consigo te ajudar, você tem que ler mais”. Acho que os preceptores estavam esperando alguma coisa de mim e eu não correspondi. (REnf1)

Não tem *feedback* ou uma conversa diária. O preceptor demora quatro, cinco meses para vir apontar um erro meu. Mas será que ele está preparado para escutar o meu retorno? É perceptível que eles são inexperientes na avaliação. Se ele está ali como enfermeiro, ele é um enfermeiro preceptor então ele precisa estudar sobre *feedback*, ele precisa estudar sobre o que passar para o residente, ele precisa estudar UTI. (REnf2)

Não tivemos muito *feedback* negativo, então, não sei se isso é bom ou não. Tínhamos abertura para fazer comentários sobre a nossa rotina, sobre os outros preceptores, tudo era bem aberto. Só não era algo formal, era uma coisa bem informal conversa no dia a dia. (RFisio2)

Os preceptores são abertos, não é um ambiente competitivo quanto outros lugares. Então, isso é bom, já teve preceptor que me chamou para conversar, já teve situações em que eu prescrevi algo errado e o preceptor não brigou (RMed1)

Eu tive um *feedback*, sei lá, depois de um mês, mas ele foi bem negativo. Ele foi dado por duas preceptoras que não trabalham na UTI, então eu nunca entendi, não fez sentido para mim. A avaliação de seis meses juntou minha vivência na enfermagem e na UTI. (RFisio2)

Ainda, o *feedback* acontecia em momentos quando algo negativo precisava ser pontuado, e foi conduzido por outros preceptores que não estavam no campo de prática da UTI.

Conhecimento sobre o papel do preceptor, do contexto educacional e outros saberes

A preceptoria, na percepção dos participantes deste estudo, aponta diferentes denominações: facilitador, referência, orientador, direcionador e finalmente, professor prático, que foi citado por um dos preceptores participantes.

É ele que guia, que mostra na prática aquilo que aprendemos na teoria. Mas acima de tudo, é fazer o aluno ter pensamento crítico, entender o porquê de ele estar fazendo aquilo e não simplesmente ir e fazer. (PEnf1)

É servir de referência a um aluno. Mostrar, exemplificar, justificar, tornar isso mais claro para as pessoas e passando o conhecimento adiante, de uma forma que as pessoas consigam captar isso. E acolher as ansiedades, as expectativas, desfazer algumas dúvidas ou equívocos. (PEnf3)

Basicamente orientar na conduta prática, pelo menos isso é o que eu mais tenho vivência. Enfim, já que na parte teórica não participo muito, então para mim é basicamente orientação, da prática médica. (PMed3)

Em unidade de terapia intensiva eu acho que é o direcionador, com momentos de estudo, de troca, de discussões. É orientar dentro de um ambiente específico um profissional já formado e direcionar o conhecimento, o convívio. (PFisio2)

O preceptor é um facilitador de conhecimento prático. Eu gosto muito do conceito de professor prático. É como se fosse um professor da prática. (PFarm1)

Na percepção dos preceptores a atividade de preceptoria comporta determinadas atividades tais como auxiliar; transmitir, passar ou fornecer informações e/ou conhecimentos aos alunos e residentes.

Eu entendo que tenho alguns deveres ao atuar nesse hospital, eu não diria que de educação, mas de auxílio para o residente ou acadêmico na décima fase, viver na

prática o que ele aprendeu na teoria. (PEnf8)
Preceptor é aquele que tem habilidade pedagógica de transmitir conhecimento de forma didática para os residentes. (PEnf7)
Ser preceptor é passar os nossos conhecimentos para os residentes e alunos, da melhor forma possível. É uma responsabilidade muito grande (PEnf6)
A função é tentar passar um pouco do conhecimento, o que é fundamental que ele entenda da UTI, que ele aprenda. Essa é a principal função. (PMed1)
Auxiliar, tanto na parte prática, quanto na teórica. Eles já são profissionais, então, devemos auxiliar nesse momento de especialização, para que eles consigam focar exatamente nas prioridades da sua especialização. (PFisio3)
É o profissional que vai fornecer conhecimento e base tanto prática, quanto teórica para o residente conseguir realizar as tarefas, dependendo da unidade em que ele está. (PFisio4)

Essa percepção aproxima-se daquela de alunos e residentes, que não se referem ao preceptor como professor. O preceptor é definido como um guia da construção do conhecimento, e que deve acolher e transmitir segurança para os residentes e alunos.

O preceptor é quem apoia o aluno e o residente. Desde o início do estágio ele precisa acolher e depois construir conhecimento junto, é quem nos faz entender porque as coisas acontecem. (AEnf1)
Então o que eu entendo sobre a função da preceptoria dentro da UTI, é acolher o aluno, mas principalmente transmitir segurança. (AEnf2)
É ser um guia para conseguirmos nos inserir dentro da profissão. Durante a graduação tudo é muito pontual, já durante o estágio obrigatório, o preceptor está ali para te guiar e te falar o que vai ser feito no dia a dia. (AEnf3)
É algo difícil de descrever, porque tem preceptores que tem um perfil para preceptor e sabem auxiliar o estudante durante o período dele ali. Mas alguns preceptores não têm esse perfil. Tem preceptor que é mais uma pessoa para você ter de referência caso aconteça algum problema. (AEnf4)
O preceptor tem a função de direcionar o nosso raciocínio, nossa forma de pensar, de se organizar no dia. De direcionar o que temos que estudar. Ser um guia. (RMed2)
Para mim o preceptor é um guia, facilitador do conhecimento. (RMed1)
Ele me passa o conhecimento para que eu possa me desenvolver e quando eu preciso dele, eu sei que ele está ali para me ajudar. Então, principalmente, me guiar na busca pelo conhecimento prático, científico, nas discussões que temos à beira leito, que são muito enriquecedoras. (RFisio1)

Dentre outras denominações para preceptor, estão os termos facilitador ou o profissional que irá transmitir segurança ao residente ou aluno, mas também o entendimento que é necessário ter determinado perfil para ser preceptor.

DISCUSSÃO

Ensinar em unidade de terapia intensiva comporta um equilíbrio delicado entre conhecimento profundo do conteúdo e habilidades pedagógicas adequadas para conduzir os processos educativos. O conhecimento pedagógico do conteúdo (CPC), introduzido por Shulman em 1987, capta a essência desta sinergia, enfatizando a capacidade transformadora

daqueles que ensinam na entrega de conteúdos disciplinares de forma a envolver alunos e residentes (Brooks *et al.*, 2023). E, muito embora, a investigação do CPC em termos dos seus componentes constituintes ofereça conveniência analítica, na realidade, as categorias e componentes do conhecimento estão interligados e funcionam como um sistema para informar as práticas instrucionais dos professores/preceptores (Kersting *et al.*, 2020; Brooks *et al.*, 2023).

O ensino à beira do leito é um elemento central de longa data da maioria dos currículos de cursos das áreas da saúde. Por ser um formato de ensino orientado para a prática e para a discussão, o ensino à beira do leito oferece muitas oportunidades para que alunos e residentes contribuam ativamente com a troca de informações e experiências. Neste cenário, é fundamental uma atmosfera construtiva e emocionalmente segura, na qual os erros possam ser abordados e discutidos de forma a permitir identificar e corrigir equívocos subjacentes (Tsuei *et al.*, 2019).

Os participantes deste estudo, profissionais vinculados à prática assistencial, ressaltaram aspectos importantes que precisam compor a base de conhecimentos para preceptoria, e o primeiro abordado é o conhecimento do conteúdo. Ao analisar estes conhecimentos, observa-se que, para ensinar, os preceptores sustentam suas atividades em diferentes fontes, utilizando a experiência prática e, empiricamente, formas de ensinar que acreditam serem efetivas. Estudos (Silva, Dalbello-Araújo, 2019; Giroto *et al.*, 2019; Silva, Natal, 2019) indicam que, como profissionais do serviço, os preceptores não possuem carga horária de trabalho destinada ao planejamento de suas atividades de ensino em serviço e isso gera impacto no aprendizado de alunos.

Dessa forma, mesmo diante de uma unidade que proporciona conhecimento/conteúdos e ambiente complexos, de difícil aprendizado, tem-se a percepção dos alunos, de que determinados preceptores não dominam os conteúdos de terapia intensiva ou não trabalham com informações atualizadas. Isto se explica, em parte, pelos desencontros entre o caminho formativo desses sujeitos e as demandas do próprio serviço, uma vez que não é exigida especialidade para as profissões atuarem em terapia intensiva, tampouco para atuarem como preceptores. Com relação às residências, estudo (Silva, Natal, 2019) apontou que há falhas nas aulas teóricas quanto aos conteúdos e metodologias utilizadas, principalmente por não darem conta da multiprofissionalidade, tornando o aprendizado dependente, quase que unicamente, do cotidiano profissional.

Diante de um cenário complexo e um aprendizado desafiador, o papel de preceptores precisa ser repensado. Ele deve existir entre o hiato compreendido entre ser professor e ser profissional da saúde. Embora existam diferenças claras entre supervisionar residentes

(profissionais formados) e alunos de graduação, as percepções sobre o ensino em terapia intensiva não foram diferentes para estes grupos de participantes, neste estudo. Neste contexto, o CPC é uma das possibilidades de tornar o conteúdo compreensível aos alunos e residentes, pois refere-se à compreensão daquele que ensina, por meio de formas alternativas de representação. Por tratar-se de um construto complexo, exige mobilização para ser aprendido, mas pode ser desenvolvido, inclusive, por meio das situações de observação durante o próprio processo de aprendizado (Shulman, 1986; Shulman, 1987).

Pensar novos modelos dentro das realidades possíveis para os hospitais públicos pode ser um caminho viável para as preceptorias em todas as profissões da saúde. As fragilidades e fortalezas, mesmo quando pensadas pela ótica de diferentes profissões como neste estudo, mostraram-se semelhantes, principalmente ao indicar as dificuldades pedagógicas de conduzir o aprendizado sem preparo e sem apoio, além de não ter um currículo fortalecido do ponto de vista da especialidade, tanto para alunos de graduação, quanto para residentes. Estudo qualitativo (Stenberg *et al.*, 2020) que objetivou descrever experiências de enfermeiros preceptores usando atividades de aprendizagem estruturadas como parte de um modelo de aprendizagem entre pares, revelou que estes preceptores criaram oportunidades de colaboração e reflexão. Já o estudo de Shambharkar *et al.*, (2021) propôs a utilização do modelo do preceptor de um minuto (OMP), que demonstrou ser eficaz no desenvolvimento de habilidades clínicas dos alunos e residentes na tomada de decisões e no aprimoramento do pensamento crítico.

Explica-se que, originalmente projetado para uso por professores em práticas ambulatoriais, o OMP facilita o ensino clínico eficiente com o uso de cinco micro habilidades para ajudar o preceptor a orientar a interação de ensino: assumir um compromisso (pedir ao aluno/residente para articular seu próprio plano de trabalho); oferecer evidências de apoio (para avaliar o conhecimento ou raciocínio do aluno/residente), ensinar regras gerais (pontos comuns que podem ser usados em casos futuros, visando preferencialmente uma área de fraqueza do aluno/residente), reforçar o que foi bem feito (fornecer *feedback* positivo) e corrigir erros (fornecer *feedback* construtivo com recomendações de melhoria). A maior parte do ensino deve ser baseado em casos e não em aulas tradicionais (Shambharkar *et al.*, 2021).

Ao pensar a formação de preceptores, profissionais e alunos em estágio pré-profissional, a identidade profissional é um processo complexo e transformacional de internalização das crenças e valores fundamentais de uma profissão. Esta, vai além de conhecimentos e habilidades incorporados. Ao pensar que a assistência direta e em tempo real ao paciente oferece uma infinidade de oportunidades práticas para aprimorar processos de pensamento analítico, reforçar o conhecimento dos profissionais e desenvolver novos conjuntos de habilidades em terapia

intensiva, pode ir além de apenas transmitir conhecimentos ou competências distintos, mas justamente incluir o apoio ao desenvolvimento da identidade profissional de residentes médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos etc. Estes assumirão a responsabilidade pelos resultados dos pacientes por meio de uma gestão abrangente das situações de aprendizagem (Sulejmani, Sikora, Hawkins, 2023).

Competência para preceptoria em terapia intensiva não é o mesmo que experiência em UTI, mas certamente molda os papéis profissionais das profissões que desenvolvem atividades neste cenário. Preceptores possuem experiência prática e educam, supervisionam e avaliam outros profissionais (residentes) e alunos, ao mesmo tempo que servem como seus modelos (Chen et al, 2022).

Bartlett *et al.* (2020) em uma revisão sistemática, combinou 41 estudos sobre as perspectivas dos estagiários e observou que as competências necessárias do preceptor poderiam ser separadas em duas categorias: indicadores mensuráveis e indicadores imensuráveis. Os mensuráveis incluíram competências de comunicação, ser um profissional exemplar, adaptabilidade às necessidades de aprendizagem dos alunos, compromisso com a excelência no ensino, respeito pelo aluno, prática reflexiva, fornecimento eficaz de *feedback*, pensamento crítico e habilidades de resolução de problemas e tomada de decisão. Já os imensuráveis incluíram as competências de capacidade de priorização, empatia, flexibilidade, ética, entusiasmo pelo ensino e abertura para receber *feedback*.

A retenção de preceptores também é um desafio significativo. A falta de sistemas de apoio adequados, reconhecimento e oportunidades de crescimento profissional pode contribuir para a fadiga e a desilusão do preceptor. Além disso, os preceptores podem sentir frustração se perceberem falta de comunicação ou *feedback* das instituições educacionais ou se se sentem desconectados da comunidade educacional mais ampla. Esses desafios podem resultar na redução do comprometimento dos preceptores, na limitação do número de alunos que eles orientam ou, em última análise, na retirada das funções de preceptoria (Amirehsani, Kennedy-Malone, Alan, 2019; Johnson, 2019; Henry-Okafor, Chenault, Smith, 2023).

Com relação à avaliação de residentes e alunos em terapia intensiva, outra questão que perpassa pelos conhecimentos definidos por Shulman como essenciais (conhecer os alunos e como ensinar e avaliar os conteúdos), são os processos de avaliação formal ou *feedbacks*. Estes últimos são construídos socialmente entre preceptores e alunos/residentes, com ambas as partes trabalhando colaborativamente para estabelecer um significado sobre a informação (Fredette *et al*, 2021; Miles et al, 2021). O *feedback* possui valor para a aprendizagem, porém, demanda necessariamente que todos reconheçam que estão ocorrendo conversas ou diálogos. Desvendar

as razões por trás das diferentes percepções de alunos e professores sobre quando e quanto *feedback* está sendo compartilhado ao aprender ou ensinar é crucial na identificação de quais intervenções podem funcionar para garantir que este contribua para a formação (Wiebe *et al*, 2023; Button *et al*, 2022, Wisener *et al*, 2023).

Estudo (Hunukumbure *et al*, 2021) que objetivou utilizar e avaliar uma ferramenta de *feedback on-line* com estudantes de medicina na Inglaterra, apontou que os professores também relatam receber *feedback* breve, vago e genérico dos alunos, muitas vezes meses após um determinado encontro de ensino, o que pode deixá-los frustrados e inseguros quanto à interpretação e aplicação. Indicou ainda que a autocensura dos estudantes aos comentários negativos pode ser um desafio universal para qualquer abordagem de *feedback*, enquanto várias etapas podem ser implementadas para mitigar e minimizar os efeitos de um *feedback* crítico.

Oferecer a possibilidade de aprimorar competências de ensino para os preceptores pode favorecer que alunos e residentes tenham experiências de alta qualidade em ambientes de cuidados críticos. O desenvolvimento de preceptores é uma forma especializada de desenvolvimento docente (Weiss *et al*, 2023). Outra tendência para a preceptoria, de maneira que se possa incorporar conhecimentos base para o ensino, é o desenvolvimento da educação interprofissional como estratégia de formação. A educação interprofissional reúne estudantes de diferentes disciplinas de saúde, como são as residências multiprofissionais no Brasil, promovendo a colaboração e o trabalho em equipe interprofissional. Ao integrar experiências de preceptoria em múltiplas disciplinas, as instituições podem otimizar a utilização de preceptores e criar um ambiente de aprendizagem enriquecedor (Fusco, Ohtake, 2019; Heusinkvelt, Tracy, 2020; Henry-Okafor *et al*, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar como se dá o processo de ensino e aprendizagem do cuidado ao paciente crítico na percepção de preceptores, residentes uni e multiprofissionais e alunos de graduação em enfermagem, percebeu-se que os conhecimentos construídos durante a prática pedagógica dos preceptores, bem como o conhecimento pedagógico do conteúdo deve ser aprimorado e adaptado à prática pedagógica. A capacidade de aplicar o que se aprende durante a formação profissional e tornar um conteúdo ensinável para os residentes e alunos da graduação é um desafio, porém, muitas iniciativas e práticas pedagógicas são ainda empíricas e incipientes. Dentre as limitações deste estudo, aponta-se o fato de que este não envolveu as percepções dos professores tanto da residência, quanto da graduação. Além disso, o grupo heterogêneo de

profissionais, embora com percepções semelhantes entre profissionais e estudantes acerca da residência, pode contribuir para a não generalização dos achados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patrícia Cristina Albieri de *et al.* Categorias teóricas de Shulman: revisão integrativa no campo da formação docente. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 49, p. 130-149, out/dez. 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/198053146654>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/pJq6FjwbjR3cWLPwx55PrQz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em:

ALPINE, Lucy M.; CALDAS, Francieli Tanji Caldas.; BARRETT, Emer M. Evaluation of a 2 to 1 peer placement supervision model by physiotherapy students and their educators. **Physiother Theory Pract**, v. 35, n. 8, p. 748-755, ago. 2019. doi: <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1458168>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09593985.2018.1458168>. Acesso em:

AMIREHSANI, Karen A; MALONE, Laurie Kennedy. Alam Supporting preceptors and strengthening academic-practice partnerships: preceptors' perceptions. **J Nurse Pract**, v.15, n. 8, p.151-156, set. 2019. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.04.011>. Disponível em: [https://www.npjournals.org/article/S1555-4155\(19\)30228-4/fulltext](https://www.npjournals.org/article/S1555-4155(19)30228-4/fulltext). Acesso em:

BISCEGLI, Terezinha Soares *et al.* Curso de desenvolvimento de competência pedagógica para prática da preceptoria e docência: aplicabilidade no cotidiano de uma escola de medicina. **Cuid Enferm**. v.14, n.2, p. 188-198, jul.-dez. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1147115>. Acesso em:

BROOKS, Clare; MCINTYRE, Joanna; MUTTON, Trevor. Learning to think, perform and act with integrity: does teacher education have a signature pedagogy, and why does this matter?. **London Review of Education**, v. 21, n. 1. 2023. doi: <https://doi.org/10.14324/LRE.21.1.01>. Disponível em: <https://journals.uclpress.co.uk/lre/article/pubid/LRE-21-1/>. Acesso em:

BUTTON, Brenton *et al.* A Novel, Combined Student and Preceptor Professional Development Session for Optimizing Feedback: Protocol for a Multimethod, Multisite, and Multiyear Intervention. **JMIR Res Protoc**. v. 11, n. 6, jun. 2022. doi: [10.2196/32829](https://doi.org/10.2196/32829). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35583554/>. Acesso em:
CARVALHO, Maria Alice Pessanha de; GUTIERREZ, Adriana Coser. Quinze anos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: contribuições da Fiocruz. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2013–2022, jun. 2021. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.44132020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rcVRhMTdQZyNKR6k6KbQS8B/?lang=pt>. Acesso em:

CHEN, Tzu-Ting *et al.* Are we of one mind about core competencies of nurse preceptors? A nominal group technique study. **Nursing Open**, v. 10, n. 2, p. 1144–1150, fev. 2023. doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.1376>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/nop2.1376>. Acesso em:

BARTLETT, Andrew D. *et al.* Measuring and assessing the competencies of preceptors in

health professions: A systematic scoping review. **BMC Med Educ**, v. 20, n.165, 2020. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02082-9>. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-02082-9>.

DUDE, Antonia; RAKHUDU, Mahlasela A. A preceptorship model to facilitate clinical nursing education in health training institutions in Botswana. **Curationis**, v. 44, n.1, p. 2182, mar. 2021. doi: 10.4102/curationis.v44i1.2182. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8008035/>. Acesso em:

DYAR, Anna. *et al.* What about the supervisor? Clinical supervisors' role in student nurses' peer learning: A phenomenographic study. **Medical education**. v. 55, p. 713–723, jun. 2021. doi: <https://doi.org/10.1111/medu.14436>. Disponível em: <https://asmepublications.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/medu.14436> Acesso em:

FREDETTE, Jenna *et al.* A qualitative assessment of emergency medicine residents' receptivity to feedback. **AEM Education and Training**, v. 5, n. 4, out. 2021. Doi: <https://doi.org/10.1002/aet2.10658>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/aet2.10658>. Acesso em:

FUSCO, Nicholas M; OHTAKE, Patricia J. Training the trainers: a preceptor development program targeting interprofessional collaboration competencies. **Curr Pharm Teach Learn**, v.11, n.11, p. 1138-1143, nov. 2019. Doi: 10.1016/j.cptl.2019.07.007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31783960/>. Acesso em:

GIROTTI, Letícia Cabrini *et al.* Preceptors' perception of their role as educators and professionals in a health system. **BMC Med Educ**, v. 19, n. 203, p. 1-8, jun. 2019. doi: [10.1186/s12909-019-1642-7](https://doi.org/10.1186/s12909-019-1642-7). Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-019-1642-7>. Acesso em:

HEUSINKVELT, Sally E; TRACY, Mary. Improving nurse practitioner and physician assistant preceptor knowledge, self-efficacy, and willingness in a hospital medicine practice: an online experience. **J Contin Educ Nurs**, v. 51, n. 6, p. 275-279, jun. 2020. Doi: 10.3928/00220124-20200514-07. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32463901/>. Acesso em:

HUNUKUMBURE, Agra Dilshani *et al.* An online discussion between students and teachers: a way forward for meaningful teacher feedback? **BMC Med Educ**. v. 21, n. 289, maio. 2021. doi: [10.1186/s12909-021-02730-8](https://doi.org/10.1186/s12909-021-02730-8). Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-021-02730-8>. Acesso em:

JOHNSON, Débora S. Thinking outside the box: are we ready for teleprecepting to expand training and practice venues? **Issues Ment Health Nurs**, v. 40, n. 3, p. 215-222. 2019. Doi: [10.1080/01612840.2018.1488903](https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1488903). Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01612840.2018.1488903?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em:

KERSTING, Nicole *et al.* usable knowledge and knowledge use in teaching. **The International Journal on Mathematics Education**, v. 52, n. 2, p. 207-218, maio. 2020. doi: <https://doi.org/10.1007/s11858-020-01135-z>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11858-020-01135-z>. Acesso em:

MARCON, Daniel. **Conhecimento pedagógico do conteúdo**: A integração dos conhecimentos do professor para viabilizar a aprendizagem dos alunos. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2013.

MILES, Amy. Feedback from health professionals in postgraduate medical education: Influence of interprofessional relationship, identity and power. **Medical Education**, v.55, n.4, p. 518–529, apri. 2021. doi: <https://doi.org/10.1111/medu.14426>. Disponível em: <https://asmepublications.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/medu.14426>. Acesso em:

OKAFOR, Queen Henry; CHENAULT, Duke R; SMITH, Randall B. Addressing the Preceptor Gap in Nurse Practitioner Education. **The Journal for Nurse Practitioners**, v. 19, n. 10, nov. 2023. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2023.104818>. Disponível em: [https://www.npjjournal.org/article/S1555-4155\(23\)00320-3/fulltext](https://www.npjjournal.org/article/S1555-4155(23)00320-3/fulltext). Acesso em:

RIBEIRO, Letícia Mendonça Lopes.; MIRANDA, Aline Cristina. Trabalho docente, saberes docentes e base de conhecimento: contribuições de Maurice Tardif, Claude Lessard e Lee Shulman. **Revista do Instituto de Ciências Humanas**, v. 15, n. 21, p. 81-90. 2019. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/revistaich/article/view/18539>. Acesso em:

RODRIGUES, Carla Daiane Silva.; WITT, Regina Rigatto. Mobilização e estruturação de competências para a preceptoria na residência multiprofissional em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, 2022. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs295>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/MCZWYyG59jXw6sZ4HFbgjFw/?lang=pt>. Acesso em:

SHAMBHARKAR, Madhuri *et al.* Effectiveness of One Minute Preceptor Teaching in Improving Clinical Skills of Nursing Undergraduate Students. **Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences**, v. 10, n. 13, p. 920, mar. 2021. Disponível em: <https://link.gale.com/apps/doc/A657699868/HRCA?u=anon~b3908312&sid=googleScholar&xid=1748>. Acesso em:

SHULMAN, Lee S. Conocimientos y enseñanza: fundamentos de la nueva reforma. Profesorado: **Revista de Currículum y Formación del profesorado.**, Espanha, v. 9, n. 2, p. 1-30, dez. 2005. Disponível em: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/profesorado/article/view/19743>. Acesso em:

SHULMAN, Lee S. Knowledge and teaching: foundations of the new reform. **Harvard Educational Review**, Cambridge, v. 57, p. 1-22, 1987. Disponível em: <https://people.ucsc.edu/~ktellez/shulman.pdf>. Acesso em:

SHULMAN, Lee S. Those who understand: knowledge growth in teaching. **Educational Researcher**, New York, v. 15, n. 2, p. 4-14, 1986. Disponível em: <https://www.wcu.edu/webfiles/pdfs/shulman.pdf>. Acesso em:

SILVA, Cinthia Alves da; ARAUJO, Maristela Dalbello. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1240-1258, out-dez. 2019. doi: 10.1590/0103-1104201912320. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9MkjpJphRF3RqWmb9bwRQxS/>. Acesso em:

SILVA, Lais Santos; NATAL, Sonia. Residência Multiprofissional em Saúde: análise da implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. **Trab Educ Saude**, v. 17, n. 3, p. 1-22, maio. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00220>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/s5N35mz7j9wphWnHp8bW6wJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em:

STENBERG, Maria et al. Experiências dos preceptores no uso de atividades de aprendizagem estruturadas como parte do modelo de aprendizagem entre pares: Um estudo qualitativo, **Nurse Education in Practice**, v. 42, jan. 2020. Doi: 102668. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102668>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471595319302379?via%3Dihub>. Acesso em:

SULEJMANI, Essilvo; SIKORA, Andrea; HAWKINS, Anthony W. Teaching at the critically ill patient's bedside: Linking clinical practice to professional identity, **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 80, n. 8, p. 537-540, abr. 2023. doi: <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxad020>. Disponível em: <https://academic.oup.com/ajhp/article-abstract/80/8/537/6995404?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em:

TSUEI, Sian Hsiang-Te *et al.* Exploring the Construct of Psychological Safety in Medical Education. **Acad Med**, v. 94, p. 28-35, nov. 2019. doi: 10.1097/ACM.0000000000002897. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31365407/>. Acesso em:

WEISS, Kathleen A *et al.* Effectiveness of an Online Preceptor Development Program Across Health Professions. **Med.Sci.Educ**, out. 2023. Doi: <https://doi.org/10.1007/s40670-023-01923-8>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40670-023-01923-8#citeas>. Acesso em:

WIEBE, Delaney; ZULLA, Roslynn; ROSS, Shelley. What we've got here is failure to communicate: Exploring perceptions of how much feedback is happening in clinical workplace teaching. **Research Square**, fev. 2023. doi: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2548626/v1>. Disponível em: <https://www.researchsquare.com/article/rs-2548626/v1>. Acesso em:

WISENER, Katherine *et al.* Feedback: Exploring Learner Perspectives on Giving Feedback to their Teachers. **Perspect Med Educ**, v. 2, n. 1, p. 99-108, mar. 2023. doi: 10.5334/pme.818. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36969692/>. Acesso em:

**EXPERIÊNCIAS CONCRETAS E OBSERVAÇÃO REFLEXIVA:
TRANSFORMAÇÕES DAS RELAÇÕES ENTRE RESIDENTES E PRECEPTORES A
PARTIR DE KOLB**

Gabriela Thome da Cruz de Oliveira

Daniele Delacanal Lazzari

RESUMO

Objetivo: compreender como preceptores, residentes experienciam o ensino e a aprendizagem em unidade terapia intensiva. **Método:** estudo qualitativo, exploratório-analítico, que teve como alicerce o ciclo de aprendizagem de Kolb. Participaram deste estudo: 17 preceptores, 10 residentes e nove alunos da graduação em enfermagem, totalizando 36 participantes. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a agosto de 2023, por meio de uma entrevista semiestruturada. Para o tratamento e análise dos dados foi utilizado a proposta operativa para análise temática de Bardin, e gerados *codes* e *quotations* geradas por meio do *software* Atlas.ti. **Resultados:** os resultados apresentaram *codes* e *quotations* geradas por meio do *software* ATLAS.Ti. como: Nervosismo, Organização, Procedimentos, Experiências, Reflexão, Autonomia, Formação, Aprendizado. A partir desses *codes* e *quotations* foram criadas duas categorias analíticas: Experiência concreta: as relações entre preceptores, residentes e Observação reflexiva: o que fica das relações entre residentes e preceptores. Os resultados da pesquisa possibilitaram compreender que as experiências dos residentes em unidades de terapia intensiva são amplamente influenciadas pelas relações estabelecidas com os preceptores. Por sua vez, as experiências dos preceptores evidenciam preocupações voltadas para a melhoria das oportunidades de aprendizagem e organização. **Considerações finais:** o processo de aprendizado é influenciado de forma individualizada, dependendo tanto da experiência e abordagem adotada pelo preceptor, quanto da interpretação e participação do residente ou aluno de graduação na equipe.

Descritores: Aprendizagem; Ensino; Residência; Preceptor; Experiência.

ABSTRACT

Objective: to understand how preceptors and residents experience teaching and learning in an intensive care unit. Method: qualitative, exploratory-analytical study, based on Kolb's learning cycle. The following participated in this study: 17 preceptors, 10 residents and nine undergraduate nursing students, totaling 36 participants. Data collection took place from April to August 2023, through a semi-structured interview. For data processing and analysis, Bardin's operational proposal for thematic analysis was used, and codes and quotations generated using the Atlas.ti software were generated. Results: the results presented codes and quotations generated using the ATLAS.Ti software. such as: Nervousness, Organization, Procedures, Experiences, Reflection, Autonomy, Training, Learning. From these codes and quotations, two analytical categories were created: Concrete experience: the relationships between preceptors, residents and Reflective observation: what remains of the relationships between residents and preceptors. The research results made it possible to understand that the experiences of residents in intensive care units are largely influenced by the relationships established with preceptors. In turn, the experiences of preceptors highlight concerns aimed at improving learning and organizational opportunities. Final considerations: the learning process is influenced on an individual basis, depending both on the experience and approach adopted by the preceptor, and on the interpretation and participation of the resident or undergraduate student in the team.

Descriptors: Learning; Teaching; Residence; Preceptor; Experience.

INTRODUÇÃO

Aprender é um processo de desenvolvimento cognitivo, uma prática social compartilhada. Ambientes de aprendizagem em instituições de saúde enriquecem a experiência educacional e as relações e a motivação para aprender são fundamentais, contribuindo significativamente para o ensino e a aprendizagem (Karabatak; Turan; Alanoglu, 2023).

Experiências de aprendizagem positivas impulsionam a motivação e o envolvimento de alunos e residentes nas atividades de ensino e desenvolvimento profissional (Lo *et al*, 2022). Dessa forma, é evidente dedicar esforços para conceber um projeto de ensino em serviço de maneira a sustentar e estimular a motivação dos alunos ao longo do tempo. Alunos intrinsecamente motivados buscam motivos e intensidade dentro de si mesmo para realizar tarefas desafiadoras, sem depender de incentivos externos. Em contraste, comportamentos extrinsecamente motivados são impulsionados por expectativas externas, não relacionadas às suas satisfações internas (Woolfolk, 2019).

A aprendizagem a partir da experiência envolve processos tais como mediação, internalização, generalização e reaplicação. Experiências que envolvem interação com outras pessoas (observação da prática) e com o ambiente físico (contexto) estimulam as potencialidades no ensino. A repetição prática dessas potencialidades (imitação do ato observado) resulta no desenvolvimento efetivo independente do aprendiz. De maneira holística, a aprendizagem experiencial combina experiência, percepção, cognição e comportamento (Kolb, 1986).

Para Kolb, a aprendizagem experiencial envolve a construção de conhecimento a partir de experiências da vida real. O ciclo de aprendizagem de Kolb é um modelo que descreve o processo de aprendizagem por meio de quatro estágios, cada uma delas representando diferentes formas de abordar a aquisição de conhecimento e a experiência. Os quatro estágios do ciclo são: experiência concreta (envolvimento direto com uma experiência), observação reflexiva (reflete-se sobre as emoções experimentadas e seus significados), conceituação abstrata (criam-se, internamente, conceitos abstratos e teorias com base nas reflexões, objetivando entender o que se passou) e experimentação ativa (aplicação dos conceitos e teorias em novas situações ou experiências) (Kolb, 2015).

O ciclo de aprendizagem de Kolb é contínuo, significando que a aprendizagem é um processo em constante evolução. Os aprendizes podem entrar no ciclo em qualquer uma das fases, dependendo da situação e de suas preferências de aprendizagem, ou seja, alguns alunos podem se sentir mais confortáveis em começar com a experiência concreta, enquanto outras podem preferir começar com a reflexão ou a teorização (Kolb, 2015).

Neste sentido, programas de residência ou estágios curriculares em unidade de terapia intensiva são espaços importantes de realização de experiências de aprendizagem. O ambiente, a multiprofissionalidade, as características dos pacientes, experiências prévias e a constituição das relações são fatores marcantes e por vezes, definidores do tipo de experiência de aprendizagem que residentes e alunos terão. Ademais, as circunstâncias pedagógicas e de desenvolvimento dos Programas de Residência Uni e Multiprofissionais somadas à instabilidade das instituições hospitalares, à entrada da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) como gestora dos Hospitais Universitários Federais (HU), o risco de exploração da mão de obra dos residentes, entre outros, impactam diretamente nesse cenário e afetam diretamente a prática profissional dos residentes e alunos (Silva; Araújo, 2019).

Deste modo, pensar o processo formativo conduzido por preceptores implica também em compreender a forma como se estabelecem as relações e como se desenvolve a aprendizagem mediante as experiências proporcionadas pelo ambiente de terapia intensiva, em hospitais públicos. Estruturar competências para esta prática é um processo complexo pois ainda há que se considerar características pessoais dos preceptores associadas à composição de saberes da formação e do meio. Apoio mútuo, com base no compartilhamento de experiências, consolidado em uma organização pedagógica estabelecida, com comissões constituídas e currículo estruturado, em que se reconhece o papel da formação para a preceptoria, poderia indicar melhores caminhos para residentes e alunos da graduação em seus estágios pré-profissionais (Rodrigues, Witt, 2022).

Neste cenário, alicerçado no reconhecimento do aprendizado a partir da aprendizagem experiencial de Kolb, questiona-se: como preceptores, residentes experienciam o ensino e a aprendizagem em unidade de terapia intensiva? Para tanto, o objetivo desta pesquisa foi de compreender como preceptores, residentes experienciam o ensino e a aprendizagem em unidade de terapia intensiva.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-analítico, que teve como alicerce o ciclo de aprendizagem de Kolb. A pesquisa foi conduzido na Unidade

de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital Universitário situado na região sul do Brasil. A equipe multiprofissional envolvida era composta por 12 enfermeiros assistenciais, 48 técnicos de enfermagem, nove fisioterapeutas, 17 médicos intensivistas, uma psicóloga, um farmacêutico, uma fonoaudióloga e uma nutricionista. Além disso, outros profissionais, como uma nutricionista, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e uma dentista, que não eram exclusivos da unidade, também estiveram envolvidos.

A instituição conta com uma Gerência de Ensino e Pesquisa dedicada a coordenar os estágios de graduação e programas de residência. Esta gerência desempenha um papel fundamental como intermediária entre os profissionais em exercício e os estudantes, oferecendo uma gama de serviços que incluem treinamentos, organização de escalas e resolução de conflitos. Estas últimas atividades são realizadas em colaboração com a Comissão de Residência Médica (COREME) e a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU). Na UTI, estão disponíveis estágios para alunos que estejam cursando a 10ª fase dos cursos de Enfermagem e Medicina. Além disso, os programas de residência proporcionam supervisão a profissionais de diversas disciplinas, abrangendo Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Nutrição, Farmácia e Serviço Social.

A seleção dos participantes e dos locais de pesquisa foi realizada de forma intencional, constituindo-se nos profissionais que compõem a equipe da UTI, incluindo enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos e farmacêuticos, bem como residentes e alunos de graduação. Os critérios de inclusão para os preceptores foram: atuar como preceptor junto à graduação ou residência multiprofissional ou uniprofissional e ter exercido essa função por pelo menos seis meses na Unidade de Terapia Intensiva adulto. Os critérios de exclusão incluíram estar de férias ou licença de qualquer tipo durante o período de coleta de dados.

Com relação aos critérios de inclusão para os estudantes de graduação e residentes, foi estabelecido que eles deveriam ter realizado estágio de graduação ou atividades da residência nos anos de 2022 e 2023. Especificamente para os alunos de graduação, foi requerido que tivessem estagiado por pelo menos três meses na Unidade de Terapia Intensiva adulto. Não foram definidos critérios de exclusão para este grupo.

Durante a fase de coleta de dados, não havia residentes das áreas de Psicologia, Farmácia, Fonoaudiologia e Serviço Social atuando na UTI. Além disso, as preceptoras de Psicologia e Nutrição optaram por não participar do estudo. Portanto, o grupo de participantes foi composto por 17 preceptores, 10 residentes e nove alunos de graduação em enfermagem, sendo esta a única especialidade com estágio disponível no período da coleta. No total, o estudo contou com 36 participantes ao total.

A coleta de dados ocorreu no período de abril a agosto de 2023. Inicialmente, foi feito contato prévio com a coordenação da UTI adulto para apresentação do projeto de pesquisa e discussão sobre a coleta dos dados. Para realizar as entrevistas, os participantes foram abordados por meio de uma entrevista guiada por um roteiro semiestruturado, sendo um roteiro direcionado aos preceptores e outro aos residentes e alunos de graduação com questões acerca do ciclo de aprendizagem de Kolb.

Os participantes foram convidados por meio de aplicativo de compartilhamento de mensagens, e as entrevistas foram marcadas previamente, adequando-se à disponibilidade de cada entrevistado e ao cronograma do projeto.

As entrevistas aconteceram de forma individual e online, com gravação de áudio e vídeo via *Google Meet* e gravadas por meio do programa *OBS Studio*, que permitiu gravar imagem e áudio. Após cada entrevista, foi realizada a transcrição da entrevista pela pesquisadora principal com auxílio da ferramenta *Tactiq*: Transcreva *Google Meet* e *Zoom* e numeradas por ordem de acontecimento, armazenadas em pastas distintas, sem apresentar a identificação do entrevistado.

As entrevistas tiveram duração média de 45 minutos, foram realizadas pela pesquisadora principal e os áudios foram transcritos em documentos do *Microsoft Word for Windows* versão 2019 e exportados para organização e análise de conteúdo das entrevistas no *software* ATLAS.ti versão 23 (*software* para análise de dados qualitativos). No *software*, os dados exportados das entrevistas foram codificados, criou-se um arquivo com os dados da pesquisa denominado *hermeneutic unit*. Todas as entrevistas inseridas receberam o nome de *primary documents*, das quais foram selecionados os fragmentos chamados de *quotations*. Estas, estão sempre associadas aos *codes*, que são os códigos atribuídos pelo pesquisador mediante seu objeto de pesquisa. Após a transcrição, as entrevistas foram validadas pelos participantes.

Os dados qualitativos foram analisados utilizando a análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2011). Neste método, os dados coletados nas entrevistas semiestruturadas foram sistematizados logo em seguida de acordo com os principais significados presentes nas falas dos entrevistados, buscando identificar os temas mais significativos, e agrupados de acordo com as semelhanças. Assim, a organização dos dados deste estudo seguiu três fases conforme proposto por Bardin: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, incluindo a inferência e a interpretação, conforme quadro 1.

Quadro 1 – Relações entre as fases da análise de conteúdo e o software ATLAS TI

Fases da Análise	<i>Software Atlas.ti</i>
Primeira fase: pré-análise	Criação da <i>hermeneutic unit</i> . Inserção dos <i>primary documents</i> selecionados.
Segunda fase: exploração do material	Seleção de <i>quotations</i> . Criação de <i>codes</i> . Agrupamentos dos codes em <i>families</i> .
Terceira fase: interpretação	Articulação entre <i>quotations</i> , <i>codes</i> e <i>families</i> a partir dos objetivos e referencial teórico.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023

O anonimato dos preceptores foi garantido por meio de um código alfanumérico composto por P de preceptor associado às iniciais da profissão (PEnf para preceptor enfermeiro, PMed para preceptor médico, PFarm para preceptor farmacêutico, PFono para preceptor fonoaudiólogo, PFisio para preceptor fisioterapeuta) seguido de um número cardinal. Para alunos de graduação, utilizou-se a letra A de aluno, seguida da profissão (AEnf para alunos de Enfermagem), seguido de um número cardinal. Para os residentes, adotou-se a letra R de residente, associada às iniciais da profissão (REnf para residentes enfermeiro, RMed para residente médico, RNutri para residente nutricionista, RFisio para residente fisioterapeuta), igualmente seguido de um número cardinal.

O estudo cumpriu com todas as exigências legais e éticas referentes à pesquisa com seres humanos, disposta na Resolução nº 466/12. O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH/UFSC) e aprovado sob o parecer de número: 5.256.168, CAAE n. 55428121.0.0000.0121 aprovado CEP/CONEP: 22/02/2022.

RESULTADOS

Participaram deste estudo: 17 preceptores, 10 residentes e nove alunos da graduação em enfermagem (única profissão com esse tipo de estágio no momento da coleta de dados) totalizando 36 participantes. Em relação a formação dos preceptores 100% (n=17) são especialistas, 70% (n=12) são mestres e 17% (n=3) são doutores. Com relação à formação dos residentes dos nove residentes entrevistados, 22%(n=2) possuem outra especialização, 11% (n=1) é mestre e nenhum residente é doutor.

No software Atlas Ti foi criado um arquivo que reuniu os dados da pesquisa, denominado hermeneutic unit. Todas as entrevistas inseridas receberam o nome de primary documents, que tiveram inúmeros fragmentos selecionados, chamados de quotations. Estas, estão associadas aos codes, que são os códigos atribuídos pelo pesquisador mediante seu objeto de pesquisa, demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição da quantidade de *quotations* [n=322] de acordo com os *codes* [10] de Experiências de aprendizado dos residentes em unidade de terapia intensiva. Florianópolis, SC, Brasil, 2023.

<i>Codes</i>	<i>Quotations</i>	
	N	%
Nervosismo	43	13,35
Organização	38	12,11
Procedimentos	39	11,80
Experiências	37	11,49
Rotina	30	9,31
Especialistas	28	8,69
Reflexão	28	8,69
Autonomia	26	8,07
Formação	24	7,45
Aprendizado	20	6,21
Outros	9	2,79
	322	100

Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2023

Os *codes* com número inferior a 3 *quotations* não foram descritos na tabela, pois possuíam proximidade temática com as categorias de análise e com os 10 codes já mencionados, de modo que o sentido da fala dos participantes e até algumas de suas citações (*quotations*) também foram levadas em consideração. A partir desses *codes* e *quotations* foram criadas duas categorias analíticas: Experiência concreta: as relações entre preceptores, residentes e Observação reflexiva: o que fica das relações entre residentes e preceptores.

Experiência concreta: as relações entre preceptores e residentes

As experiências dos residentes em unidade de terapia intensiva são tensionadas, em grande parte, pelas relações estabelecidas com os preceptores. As primeiras impressões ou a forma como as relações vão se construindo ao longo do cotidiano acabam por ser determinantes na forma como o aprendizado será construído. As dificuldades com relação ao raciocínio

clínico, prática tão pertinente e comum em cuidados críticos é experienciada por todos com maior ou menor apoio dos preceptores.

Quem me apresentou o setor foi uma acadêmica, nenhum preceptor estava presente e as minhas perguntas ficaram sem resposta. Então, eu não posso dizer que eu realmente conheci a UTI, isso aconteceu só no segundo ano. (REnf1)

Qualquer procedimento que aparecia era direcionado para mim. Então, eu senti que eu só estava fazendo procedimentos, eu não conseguia aumentar o nível de conhecimento, eu não conseguia pensar por que um paciente por exemplo, estava hiperglicêmico sendo que no dia anterior ele estava com a glicemia normal. Ou então a função respiratória piorou, mas por quê? Não conseguia ver um raio x, uma tomografia, mas eu acompanhava para fazer a tomografia, eu só não conseguia ver depois da tomografia nem discutir com os médicos ou com a fisioterapia. (REnf1)

Quando entrei na UTI, fiquei muito perdido, não sabia a rotina. Hoje, chego de manhã, pego meu uniforme, subo e já estou dentro da UTI antes mesmo da enfermeira chegar. (REnf2)

No começo eu já estava ficando muito nervoso, não conseguia entender nem o que um paciente tinha, não conseguia estudar, não conseguia prestar atenção. Aí eu falei que era melhor dividir os pacientes, porque tudo estava sendo feito apenas no turno da manhã. De manhã tem enfermeiro, tem residente, tem acadêmico. Os enfermeiros querem tudo feito apenas pela manhã, para não ter atividade à tarde, quando não tem aluno ou residente. (REnf2)

Outras possibilidades de experienciar as relações coexistem, porém são preceptor-dependente. Dependem de como os preceptores interpretam e direcionam o aprendizado dentro da unidade de terapia intensiva.

Logo que eu cheguei na UTI, minha preceptora me passou como funcionava a rotina. Eu pergunto para ela que horas ela estará na UTI que é para conseguir acompanhar ela. Depois fomos nos leitos, ela me explicou um pouco do ventilador, o que era, para que funcionava, me mostrou o monitor. Me explicou a frequência cardíaca, os valores de referência. Quando surge algum caso muito diferente, ela me questiona, porque que ele estava daquele jeito. Tento responder da forma que eu sei e vamos construindo a partir disso. (RNutri1)

Ele me chamou para um canto longe de todo mundo, e me falou “olha acho que você quis fazer diferente, talvez você não tenha prestado atenção, não sei se você entendeu, era outra fórmula, outra concentração, outra diluição”, me explicou e eu achei bem legal. Porque ele poderia ter feito de uma forma mais grosseira ou na frente de outras pessoas. Como é um ambiente que tem muitas pessoas, isso é um ponto bem positivo. Por outro lado, varia muito de preceptor para preceptor. (RMed1)

A experiência do aprendizado em serviço permite ao residente desenvolver o raciocínio clínico nas discussões ou na observação de como são tomadas as decisões em terapia intensiva. Essas condutas, que orientam o processo de aprendizado de um profissional é variável e está, novamente, atrelada ao comportamento individual do preceptor.

São os preceptores que entendem o contexto, mas não são todos eles que estão disponíveis para me explicar algo. Isso já aconteceu: uma vez me pediram para coletar um aspirado traqueal em um paciente com suspeita de pneumonia, algo da rotina, eu já estava no segundo ano e a minha preceptora me perguntou do raio x, se estava ruim, se estava igual ontem ou havia piorado, se tinha algum outro sinal de infecção ou era só secreção. Ela me explicou tudo e me disse que eu devia ter me posicionado, que só

secreção não era motivo para a coleta. Essa parte de instigar, fazer raciocínio clínico, não são todos os preceptores que estão disponíveis, que sabem fazer. Essa era a minha expectativa quando eu entrei, esperava muito isso, essa troca, questionamentos. Quando não somos questionados, vamos fazer no automático. (RFisio2)

Não há uma regularidade com relação às vivências entre as diferentes profissões, o que proporciona aprendizados muito distintos. Isso se dá, principalmente, pelas características profissionais e da própria estrutura de trabalho da UTI.

A sobrecarga, dentro da fisioterapia acredito que é menos do que na enfermagem, por exemplo. Os residentes, muito mais frequentemente, assumem sozinhos uma parte da UTI. Isso é uma sobrecarga enorme. O residente está no início da residência e vai fazer um curativo de um grande queimado, por exemplo, é uma demanda excessiva. Eles exigem da gente procedimentos difíceis. (RFisio3)

Eu entrei muito inseguro, não me sentia seguro para atender pacientes sozinhos. Então eu fiquei um bom tempo atendendo com os preceptores. Uma coisa que fazemos muito é mobilizar os pacientes e os critérios que temos que discutir, conforme vai acontecendo, vamos aprofundando. Às vezes me cobram que eu preciso estudar algo, mas se eu não estudar, tudo certo, eu não sou cobrado. No início eu tinha uma base muito superficial de ventilação mecânica, por exemplo, então eu trouxe minhas demandas e fui estudando. Eles foram me ajudando conforme eu questionava. Mas o diferencial foi eu ter buscado o conhecimento e não ter esperado que eles me trouxessem. (RFisio1)

O reconhecimento de que uma experiência de aprendizado em nível de especialização organiza-se de forma diferente daquela da graduação e demanda dos residentes um esforço individual em sua evolução com relação ao aprofundamento na especialidade. As experiências neste contexto precisam ser o mais próximas possíveis daquelas vivenciadas pelos profissionais em serviço e são corroboradas pelos preceptores como as mais significativas.

Uns chegam com medo de tudo, é um setor diferente, bem específico. Então, eles acabam ficando inibidos com medo de desenvolver as atividades. E eu noto que com o passar do tempo ele já começa a pegar autonomia, já aprende a rotina. Eu vejo mais por esse lado que muitos tem um pouco mais de dificuldade, mas a maioria o que pega um pouco é na questão da rotina que ele não sabe ainda, mas depois assim que eles conseguem pegar a rotina do setor, eles acabam ficando com mais autonomia para desenvolver as ações. (PEnf4)

O residente tem que pegar o plantão e passar o plantão com o enfermeiro. É uma responsabilidade. Eu quero que ele passe o plantão para outro colega, eu quero que ele sinta aquele friozinho na barriga, explique as pendências. E muitas vezes, tu vai fazer as coisas motivado a não passar a pendência para o próximo colega, porque ele vai reclamar. Então, ele tem que ter essa experiência. Me incomoda um pouco eles fazerem uma carga horária que é muito grande, com um monte de aula teórica, que muitas vezes, não são direcionadas para aquilo que está transformando ele em especialista. (PEnf3)

A experiência relacionada ao desenvolvimento de autonomia profissional se dá ao longo do tempo e depende de como o residente fixa o aprendizado, a partir do conhecimento de como é a rotina do local.

Eu tentei estabelecer essa metodologia que chamo de preceptoria minuto, é uma técnica que eu aprendi na especialização de preceptoria. Objetivamente, no começo do turno, determinamos o que tinha que ser feito, ele fazia e no final, me informava o que tinha feito e discutimos em cima disso: o que faltava ainda fazer, o que que foi acertado etc. Eu atuei fazendo esse ajuste fino. Então, isso permite que ele desenvolva muito mais o raciocínio clínico dele, a autonomia e a confiança na equipe, a integração. Na medida em que ele assimila a rotina, começamos a atribuir atividades para ele fazer sozinho. (PFarm1)

Sempre vamos aprendendo porque cada residente aprende de um jeito. Tem alguns que precisamos ser mais incisivos e outros que não aceitam uma abordagem mais direta. Tem que ir devagar, eu não sou o tipo de pessoa que se impõe para o residente e diz que ele está errado e tem que fazer do meu jeito. E esse ano tivemos que repensar tudo, porque eles chegaram há um ano de uma residência geral. Tivemos que nos reestruturar, pensar, inclusive, como trabalhamos com quatro residentes ao mesmo tempo. É desesperador, precisamos nos estruturar para ver como vamos dar conta de tudo. Antes, com dois residentes, sempre tinha doente muito grave para os dois. Mas agora não tem. O aprendizado é bem mais lento, porque eles demoram mais para aprender, tem menos procedimento para fazer, tem menos pacientes para ver e isso é ruim. (PMed1)

As experiências dos preceptores também indicam que há preocupação na oferta de melhores oportunidades de aprendizagem e organização. E que, novamente, o processo é moldado de maneira individual, dependente do preceptor e suas vivências, assim como do residente e de como ele interpreta seu papel diante da transitoriedade de sua participação na equipe, em momento de aprendizado.

A observação reflexiva: o que fica das relações entre residentes e preceptores

Após a percepção inicial de conflitos, individualidades, conhecimento das rotinas, o processo de transformação da experiência dos residentes se dá, paulatinamente, ao longo dos dois anos de formação, a partir do desenvolvimento de autonomia, perda das inseguranças, posicionamentos de responsabilidade junto aos pacientes e condutas durante um plantão.

Hoje eu já tenho autonomia de fazer todos os procedimentos, eu assumo meu paciente, então tudo tem que fazer no meu paciente, eu que faço. Quando o médico ou o residente da medicina pede algo para o paciente, a demanda chega para mim. E quando a demanda não chega, eu questiono pois o paciente está comigo, eu sou o responsável. Eu também sou enfermeiro, eu estou com esse paciente e gostaria que as informações fossem repassadas para mim. (REnf2)

Acontece muito. Os artigos científicos, as rotinas e a UTI não conversam entre si. Por exemplo, um clássico aqui é a questão da testagem do balonete da sonda vesical, se deve ser realizada ou não. Por que já não atualizaram essa rotina? Aí uns testam, cobram que a gente teste, mas eu não testo porque a literatura fala para não testar. E eu sigo a literatura. Tem essa divergência e o enfermeiro não tem a propriedade, não domina esse conhecimento. (REnf2)

Eu recomendo a residência para todos que saem da graduação. Porque além do título de especialista, você vai ter experiência, oportunidades de aprendizado. Quando saímos da graduação somos generalistas, vivemos poucas experiências, nos sentimos inseguros. A residência me deixou muito mais preparada como profissional. Hoje eu assumo uma UTI sozinha, me sinto uma profissional capacitada, preparada, com conhecimento prévio, mais autônoma. Por mais que a residência ainda tenha muito o que melhorar, é uma experiência que todo profissional recém saído da graduação deveria ter. (REnf3)

Mesmo diante das discrepâncias contidas nas práticas cotidianas, uso daquelas baseadas em evidência em detrimento de rotinas há muito instituídas, os residentes já demonstram capacidade de posicionamento e enfrentamento das dificuldades de maneira a se impor como profissional.

E quanto às outras profissões, eu sempre tive uma relação muito boa com os médicos, eles sempre estavam muito dispostos a me ensinar. A fisioterapia é uma das melhores profissões, eles são didáticos, abertos a ensinar. O papel da fonoaudiologia e da terapia ocupacional foi algo que também aprendi muito nesta equipe. Eu sinto que na UTI, como residente, o conhecimento veio muito fácil para mim porque eu me propus estar muito aberta para esse conhecimento. (REnf3)

Hoje eu chego nos residentes da Medicina e falo o que não acho certo, conversamos, alinhamos, mas eu ainda não consigo chegar no staff. Quando eu sair daqui, vai ter o médico, o fisioterapeuta, o técnico de enfermagem e como eu vou lidar com isso? Como que eu vou lidar com a equipe? Vai depender de como eu vou ser inserido dentro da equipe. (REnf2)

Vamos ganhar independência até conseguirmos atender sozinhos, raciocinar, somos muito questionados pelas condutas que tomamos. Fiz tal coisa, comuniquei a eles e fui questionado, por que fiz de tal forma. Tem preceptores que são muito bons em comunicação com a equipe. (RFisio1)

As relações entre equipe multiprofissional contribuem positivamente para as experiências dos residentes. Experimentar o cuidado ao paciente grave pela ótica das diferentes profissões acaba por ajudar no desenvolvimento da autonomia e da delimitação dos espaços de cada profissão, além de suas importâncias.

E eu atendi um paciente que me fez pensar muito. Me senti muito burra, porque ele fez muitas perguntas. Agora no segundo ano já estou mais livre para atender, então quando tenho alguma dúvida, eu vou atrás da preceptora. Procedimentos mais críticos, uma intubação e extubação, ela sempre acompanha, nem que seja para ficar só olhando. (RFisio2)

Eu acho que eu aprendo muito mais na prática, eu tenho costume de estudar bastante, mas fixar mesmo o conteúdo, é completamente na prática. Ver um profissional atendendo faz toda a diferença, eu vejo nos meus atendimentos pedacinhos de todos os atendimentos que eu já acompanhei ali dentro, de diferentes profissionais. (RFisio3)

Eu acho que o principal é tentar mudar a visão assistencialista do residente. Ele não pode fazer parte da escala. Cobrir furos de escala é uma demanda exaustiva, muitos pacientes, e isso prejudica completamente o aprendizado. O argumento que eles mais usam para justificar isso é que essa é a realidade do mundo lá fora. Mas eu não estou na residência para aprender a realidade do mundo lá fora, estou aqui para quando eu chegar lá, ter condições de atender. (RFisio3)

Ao preceptor também compete a responsabilidade de repensar seu papel, mesmo diante da interpretação de como conduzir o aprendizado de alguém que já é profissional e está em busca de experiência, voltada para a especialidade.

Às vezes sou um pouco paternalista, tento fazer tudo, não deixo eles tomarem algumas atitudes porque eu acho que tem algumas atitudes do plantão que são minhas, que eu não posso abdicar em função do residente. Sei lá, às vezes falar com o médico sobre tal coisa, pressionar o médico porque eu acho que ele precisa fazer tal coisa. Às vezes eu não acho que o residente tem que fazer isso, porque o poder de persuasão dele não é o mesmo que o meu, ele não vai saber articular da mesma forma que eu articulo, tudo o que tu sente que é capaz de fazer, tu pode fazer. (PEnf3)

Então, a gente tem que ter paciência, tem que entender que são novas gerações que estão vindo que estão aí para substituir a gente. Eu estou quase parando, saindo da área da enfermagem, mas um dia eu comecei também, assim como o pessoal está começando agora. É um ciclo, então a gente ensina para depois ele ensinar alguém que depois vai ensinar alguém, esse ciclo nunca para. É difícil, porque às vezes você tem que saber para você, mas não sabe ensinar. (PEnf4)

Nesse processo de compreensão das experiências proporcionadas pela residência, surge, finalmente, a necessidade de entender no que se configura esta forma de aprendizado. Continuamente se questiona como ou de que forma as residências devem conduzir os aprendizados e inúmeros são os conflitos originados das múltiplas interpretações que os envolvidos têm sobre os processos experienciais nessa lógica de formação.

Quando eu fui residente, não tinha nenhum professor dentro da UTI, eram os profissionais que tocavam a residência e isso era muito massa, isso era legal, porque quando tu faz a residência tu não quer aprender a ser enfermeiro, tu quer aprender a ser especialista. Por mais que o professor tenha todo o arcabouço teórico a residência é um processo profissional e não acadêmico. Então acredito que tenha muita contribuição e tenha muitas potencialidades, mas essas potencialidades têm que ser bem exploradas se não se torna mais um processo acadêmico de 5.000 mil horas. Temos que cuidar para que o processo de formação em serviço não se torne um processo de complementação acadêmica, isso não pode, isso não é benéfico ao processo de residência. (PEnf3)

Entender que a formação em serviço se diferencia da formação profissional acadêmica parece ser um desafio para residentes e preceptores.

A residência transforma a realidade do serviço. Então, se não estamos usando a estratégia para isso, estamos errando no processo, fugindo do objetivo, precisamos estar mais abertos institucionalmente para permitir com que a residência faça a transformação que o serviço precisa fazer. Acho que esse é um ponto fragilíssimo ainda no SUS e coloca toda a política em cheque. Já que existe todo esse investimento em formação de profissionais qualificados para atuar no SUS. Estamos formando profissionais para outro mercado que não o do SUS e isso não é legal. Então acho que tem um outro grande problema para ser resolvido internamente, pois precisamos melhorar o nosso cenário de prática, tentar usar a residência para transformar e capacitar os profissionais com esse olhar diferenciado. (PFarm1)

As experiências proporcionadas pela residência aos residentes são as mais diversas e constituem-se em um amplo espectro de relações, possibilidades de aprendizado. Vivenciá-las, perpassa reconhecê-las em suas singularidades, como uma formação situada entre a graduação e o mundo do trabalho, que se presta à qualificação dos profissionais do Sistema Único de Saúde.

DISCUSSÃO

A partir da lógica de Kolb, em seu ciclo de aprendizagem composto por quatro fases (experiência concreta, observação reflexiva, conceituação abstrata e experimentação ativa) (Kolb, 1987, 2015), procurou-se compreender de que forma tal ciclo é percebido nas experiências de alunos, residentes e preceptores. Para o teórico Kolb, os estágios e estilos de aprendizagem são considerados indissociáveis. Isso significa que para desenvolver os estilos de aprendizagem, é necessário combinar os estágios que podem ser iniciados em qualquer uma de suas fases, transitando e combinando-os ao longo do processo, formando assim um estilo de aprendizagem único e individual (Kolb, 2015).

As relações entre preceptores, residentes e alunos da graduação possui repercussões diretamente nas experiências de aprendizagem conforme identificado no estudo. A aprendizagem pela experiência demanda a apreensão e transformação do conhecimento, envolvendo a capacidade de aprender, absorver, resolver e aplicar o conhecimento. Essa forma de aprendizado está intrinsecamente ligada a ações que requerem que o ser humano experimente e reflita sobre suas ações, criando e recriando o conhecimento ao longo do processo (Kolb, 2015, 1987).

Os preceptores ensinam em serviço, interagindo com alunos e, por vezes, oferecendo apoio, segurança, auxílio na construção da autonomia e desenvolvimento de linguagem profissional e fornecendo *feedback* em atividades reflexivas da prática clínica (Weiss *et al*, 2023).

As experiências narradas pelos residentes neste estudo indicam que as relações entre eles e os preceptores têm efeito em suas experiências de aprendizagem. O apoio na transmissão de conhecimentos, o acolhimento, as inseguranças, as dificuldades em compreender o processo de trabalho e a rotina em unidade de terapia intensiva e a apropriação do conhecimento clínico, são situações que geram ansiedade e nervosismo, o que foi experienciado pelos residentes e alunos da graduação, com ou sem o apoio dos preceptores.

Estudo que teve como objetivo revisar e avaliar a experiência dos estudantes de enfermagem em uma UTI durante seu estágio trouxe resultados semelhantes ao relatar a sensação da falta de aceitação e reconhecimento, este foi considerado um fator importante no processo de aprendizagem. A falta de pertencimento foi um dos principais desafios enfrentados pelos estudantes de enfermagem durante o estágio na UTI. Uma parcela dos estudantes sentiram-se oprimidos e sozinhos durante o estágio na UTI, pela indiferença dos enfermeiros (preceptores) no ambiente da UTI (Sim; Bae; Kim. 2021).

As dificuldades relacionadas ao apoio dos preceptores na prática e nas discussões clínicas também se aproxima com o descrito pelos estudantes da pesquisa de Gellner; DiLibero; Griffin (2023) que relataram sentirem dificuldades com o apoio dos preceptores em relação à priorização dos cuidados, à organização das necessidades dos pacientes e à recomendação de mudanças no plano de cuidados. De acordo com o instrumento utilizado na referida pesquisa a Avaliação do Ambiente de Trabalho em Saúde foi de 2,99 indicando necessidade de melhorias. As respostas variaram de acordo com a unidade, anos de experiência e status de certificação (Gellner; DiLibero; Griffin, 2023).

Dificuldades com relação ao raciocínio clínico, relações preceptor-dependentes, aprendizagem pela observação do comportamento individual do preceptor (positivamente ou negativamente), vivências frequentemente irregulares do ponto de vista da oferta de discussões ou acompanhamento pedagógico, desenvolvimento da autonomia profissional, reconhecimento de que uma experiência de aprendizado em nível de especialização é diferente daquela em nível de graduação, necessidade de esforço individual dos residentes com relação ao aprofundamento na especialidade, dentre outras, identificadas neste estudo, constituem as experiências concretas entre residentes, alunos e preceptores.

A experiência é o processo de vivenciar algo ou um sentimento. Na aprendizagem experiencial, esse processo começa com a experiência real, seguida por reflexão, discussão, análise, reexperiência e avaliação. Essa abordagem, fundamentada na filosofia de aprendizagem prática de Dewey, destaca a importância de aprender fazendo, enfatizando a participação ativa na reflexão e o compartilhamento na prática. O ciclo da aprendizagem experiencial culmina na construção de significado e valor internalizados (Grace *et al*, 2019).

O pensamento crítico é o processo psicológico que envolve o uso de conceitos, aplicações, análises, síntese e técnicas de avaliação para obter respostas ou conclusões. Na educação clínica o objetivo é integrar conhecimento teórico com experiências práticas em cenários da vida real, promovendo o desenvolvimento do pensamento crítico dos alunos (Cheng *et al*, 2020). Já com relação à observação reflexiva, o processo de transformação da experiência

dos residentes se dá a partir do desenvolvimento de autonomia, perda das inseguranças, posicionamentos de responsabilidade junto aos pacientes e condutas durante um plantão, além da vivência das relações em conjunto com a equipe multiprofissional.

A partir desses dois construtos, os residentes, alunos e preceptores chegam à conceituação abstrata e à experimentação ativa. Estudo com abordagem qualitativa descritiva, que buscou explorar as experiências dos enfermeiros preceptores na promoção e no ensino durante o período de estágio, destaca que a troca de experiências dos preceptor com os alunos, proporcionou aos enfermeiros preceptores a possibilidade de conhecer o nível de conhecimento do aluno e os resultados de aprendizagem esperados, facilitando assim o planejamento das atividades de ensino e aprendizagem de forma adequada (Stanesu-Yadav; Lillekroken, 2023).

Estudo (Lo *et al*, 2022) que teve como objetivo explorar a relação causal entre experiências de aprendizagem, motivação para aprendizagem e resultados de aprendizagem no contexto do serviço acadêmico, identificou que existem efeitos significativos entre o nível inicial de conhecimento cognitivo, a experiência de aprendizagem dos alunos, a motivação e os resultados de aprendizagem cognitiva.

O período da transição de estudante para profissional é desafiador e necessita do apoio e acompanhamento de um profissional. Os achados corroboram com estudo que buscou explorar a experiência de alunos da graduação em medicina ao iniciar seus estágios curriculares. O estudo sugere que a transição para a prática profissional pode ser facilitada ao proporcionar maior apoio aos novos estagiários, permitindo que trabalhem ao lado de colegas próximos com funções semelhantes, enfatizando a aprendizagem cognitiva. A congruência social e cognitiva entre esses pares pode resultar em preceptores mais solidários, acessíveis e receptivos às necessidades dos alunos, conforme observado na experiência dos participantes (Coakley *et al.*, 2023).

No contexto da aprendizagem-serviço, a motivação, o apoio e a segurança passada de preceptores para residentes e alunos de graduação são características elementares para o aprendizado. No entanto, é importante reconhecer que existem outros aspectos que são relevantes para ensinar, como compreender sobre o valor de uma tarefa, que se refere à avaliação do aluno sobre quão interessante, importante ou útil é a tarefa ou o conteúdo educacional em geral (Stock ; Kolb, 2021).

A terapia intensiva proporciona a alunos e residentes a oportunidade de adquirir uma variedade de habilidades técnicas (por exemplo, terapia renal substitutiva contínua, ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, além de diversos serviços de suporte à vida e tecnologias de reabilitação) e aprender por meio de uma abordagem interdisciplinar, a desenvolver

habilidades de comunicação com pacientes gravemente enfermos, que não estão disponíveis em outras enfermarias. As exigências de formação na UTI são, portanto, maiores do que em enfermarias, por exemplo (Danielis *et al.*, 2021; Inayat *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2022).

O princípio subjacente à aprendizagem experiencial é que o preceptor ensine a partir da prática clínica e oriente alunos e residentes. O modelo de Kolb postula que a aprendizagem experiencial é dividida em quatro estágios. A combinação de aprendizagem experiencial e treinamento especializado é mais eficaz na orientação da prática clínica relacionada à UTI, permitindo que alunos e residentes aprendam e reflitam sobre experiências reais, comunicações, cenários, sentimentos e trabalho em equipe. A aprendizagem experiencial permite a aquisição de conhecimentos e domínio das tecnologias utilizadas na prática para melhorar as suas competências nos cuidados aos pacientes críticos (Xie *et al.*, 2020).

A socialização organizacional é o processo em que novos membros organizacionais aprendem as funções de uma organização e como eles se enquadram nessas funções. À medida que os alunos e residentes aprendem a cuidar dos pacientes, também aprendem a equilibrar compaixão com profissionalismo (McCloughen *et al.*, 2020). Trabalhar com preceptores traz vários benefícios, incluindo construção de confiança e modelagem de comportamentos ideais. Há também desvantagens, incluindo a perpetuação de estereótipos profissionais (Aebersold; Schoville, 2020). Na Enfermagem, especificamente, há ritos de passagem destrutivos que muitos jovens enfermeiros vivenciam nos seus primeiros empregos ou mesmo em locais de estágio, à medida que aprendem a navegar no complexo mundo dos cuidados de saúde. Este comportamento destrutivo é conhecido por vários termos: intimidação, incivilidade, assédio, violência lateral/horizontal e comportamento perturbador (Wakefield *et al.*, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da aprendizagem experiencial diante das faces da experiência concreta e observação reflexiva do ciclo de Kolb para os preceptores, residentes e alunos de graduação na Unidade de Terapia Intensiva mostrou que questões psicológicas, o estresse físico, os desafios no cuidado, na comunicação e os sentimentos ambivalentes relacionados à falta de pertencimento, foram fatores que impactaram a aprendizagem na Unidade de Terapia Intensiva. Compreender as expectativas desses estudantes e residentes é essencial para tomar medidas apropriadas na superação desses desafios no processo de ensino e aprendizagem como por exemplo o enfrentamento da prática de transmissão do conhecimento e torna-lo viável e compreendido ao aluno.

Apesar da prática pedagógica da preceptoria ser inerente à profissão nos hospitais de ensino, envolve uma atividade que ainda necessita de discussões e aprimoramentos. No início, essa responsabilidade pode ser desafiadora e gerar insegurança, pois os profissionais, que frequentemente se tornam preceptores automaticamente, geralmente não recebem uma formação adequada para desempenhar essa função. Como resultado a isto, a falta de preparação específica pode impactar negativamente a qualidade do ensino e orientação oferecidos aos estudantes, assim destaca-se a necessidade de investir mais nos cursos e programas de capacitação para os preceptores, que abrangem conteúdos que busquem direcionar a formação profissional para o SUS, com maior compreensão do perfil e as atribuições e responsabilidades que um preceptor deve ter com o processo de ensino e formação para saúde em um hospital de ensino.

REFERÊNCIAS

AEBERSOLD, Michelle; SCHOVILLE, Rhonda. How to Prevent the Next Generation of Nurses From “Eating Their Young”. **Clinical Simulation in Nursing**, v. 38, p. 27-34, jan. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.10.002>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876139919301069>. Acesso em:

CHENG, Yi-Chuan *et al.* Experiential Learning Program to Strengthen Self-Reflection and Critical Thinking in Freshmen Nursing Students during COVID-19: A Quasi-Experimental Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 15, p. 5442. 2020. Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155442>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/15/5442>. Acesso em:

COAKLEY, Niamh *et al.* Experience of enhanced near-peer support for new medical graduates of an Irish university: a phenomenological study. **BMJ Open**, v. 13, n.5, p. e069101, maio. 2023. doi: 10.1136/bmjopen-2022-069101. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37137555/>. Acesso em:

DANIELIS, Matteo *et al.* Are intensive care units good places for nursing students' learning compared to other settings? Findings from an Italian national study. **Intensive Crit Care Nurs**, v. 66, out. 2021. doi: 10.1016/j.iccn.2021.103074. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S096433972100063X?via%3Dihub>. Acesso em:

GELLNER, Paula; DILIBERO, Justin; GRIFFIN, Annette. Evaluating the Health of the Work Environment and the Perception of New Nurses During the Transition to Practice in Critical Care. **Dimens Crit Care Nurs**, v. 42, n. 6, p. 349-357, dez. 2023 doi: 10.1097/DCC.0000000000000607. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37756509>. Acesso em:

GRACE, Sandra *et al.* Experiential learning in nursing and allied health education: Do we need a national framework to guide ethical practice. **Nurse Educ. Pract**, v. 34, p. 56–62. 2019. Doi:

doi:10.1016/j.nepr.2018.11.003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30458411/>. Acesso em:

INAYAT, Shahzad *et al.* Nursing students' preparedness and practice in critical care settings: a scoping review. **J Pro Nurs**, v. 37, n. 1, p.122–134, fev. 2021. doi: 10.1016/j.profnurs.2020.06.007. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S8755722320301307?via%3Dihub>. Acesso em:

KARABATAK, Songul; TURAN, Gulcan Bahçecioglu; ALANOGLU, Muslim. The effect of nursing students' perceptions of ARCS motivational teaching on their academic self-efficacy and attitudes towards learning: A structural equation modeling. **Nurse Educ Today**, v. 130, p. 105949, nov. 2023. doi: 10.1016/j.nedt.2023.105949. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37647832/>. Acesso em:

KOLB, David A. Experience as the source of learning and development. Upper Sadle River: Prentice Hall; 1984.

KOLB, David A. **Experiential Learning: Experience as the source of Learning and Development Second**. Edition. 2. ed. New Jersey, 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315793484_Experiential_Learning_Experience_as_the_source_of_Learning_and_Development_Second_Edition.

LIU, Yue *et al.* Nursing students' experience during their practicum in an intensive care unit: A qualitative meta-synthesis. **Front. Public Health**, v. 10, set. 2022. Doi: 10:974244. doi: 10.3389/fpubh.2022.974244. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.974244/full>. Acesso em:

LO, Kenneth W K *et al.* How Students' Motivation and Learning Experience Affect Their Service-Learning Outcomes: A Structural Equation Modeling Analysis. **Front Psychol**, v. 13, p. 825902, abr. 2022. doi: 10.3389/fpsyg.2022.825902. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35519642/>. Acesso em:

MCCLOUGHEN, Andrea *et al.* Nursing students' socialisation to emotion management during early clinical placement experiences: A qualitative study. **J Clin Nurs**, v. 29, n. 13-14, p. 2508-2520, jul. 2020. doi: 10.1111/jocn.15270. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32242999/>. Acesso em:

RODRIGUES, Carla D. S; WITT, Regina R. Mobilização e estruturação de competências para a preceptoria na residência multiprofissional em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs; 295>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/MCZWYyYg59jXw6sZ4HFbgjFw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em:

SILVA, Cinthia Alves da; ARAUJO, Maristela Dalbello. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde debate**, v. 43, n. 123 Rio de Janeiro, p. 1240-1258, out-dez. 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4RB20190031>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/xdRBHKycxFSV3jtFMDZYhxS/?lang=pt>. Acesso em:

SIM, em OK; BAE, Ok Yeon; KIM, Tae Hoon. Experiências de prática clínica de estudantes de enfermagem sul-coreanos no berçário neonatal e na unidade de terapia intensiva neonatal:

um estudo fenomenológico. *Pesquisa em Enfermagem em Saúde Infantil*, v. 27, n. 1, pág. 3, 2021.

STANESU-YADAV, Diana Nicoleta; LILLEKROKEN, Daniela. Nurse preceptors' experiences of promoting and teaching fundamental care to undergraduate nursing students: A qualitative study. *J Adv Nurs*, v. 79, n. 3, p.1094-1106, mar. 2023. doi: 10.1111. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35855499/>. Acesso em:

STOCK, Karen; KOLB, David. The Experiencing Scale: An Experiential Learning Gauge of Engagement in Learning. *Experiential Learning & Teaching in Higher Education*, v. 4, n. 1, p. 3-21, 2021. Disponível em: <https://nsuworks.nova.edu/elthe/vol4/iss1/6>. Acesso em:

WAKEFIELD, Erin *et al.* Belonging in high acuity settings: What is needed for newly graduated registered nurses to successfully transition? A qualitative systematic review, *Nurse Education Today*, v. 121, 2023. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105686>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36549257/>. Acesso em:

WOOLFOLK, Anita. *Psicologia Educacional*. 14^a Ed. Londres: Pearson, 2019.

XIE, Yijia *et al.* Demands of experiential training for ICU nurses in Hunan of China. *International Journal of Nursing Sciences*, v. 7, n. 4, p. 427-432, out. 2020. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.09.010>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013220301496>. Acesso em:

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da construção dessa dissertação surgiram alguns questionamentos, novas descobertas e saberes, assim como limitações e possíveis recomendações para o aprofundamento do conhecimento sobre esse fenômeno.

Dentre essas mudanças, o plano inicial era trabalhar com métodos mistos, porém durante o processo de construção desta dissertação, optou-se por trabalhar com a abordagem qualitativa.

A partir da minha experiência como residente neste local, anterior a realização do mestrado, eu percebia algumas dificuldades no ensino na Unidade de Terapia Intensiva. O preceptor é o profissional que auxilia e direciona o raciocínio clínico, assim como a forma de pensar, e de se organizar o dia a dia. E depender dos preceptores para adquirir experiência prática e teórica se tornou uma busca preceptor-dependente.

Ao considerar o objetivo geral da dissertação: Analisar como se dá o processo de ensino e aprendizagem de cuidados críticos em Unidade de Terapia Intensiva adulto na percepção de preceptores e residentes uni e multiprofissionais e alunos de graduação, segundo a perspectiva dos residentes, é compreendido como uma atividade que apresenta algumas falhas durante seu processo. Para os residentes, os preceptores discutem pouco sobre os casos clínicos, não planejam as intervenções e tomam as decisões conforme sua própria experiência diária. Os preceptores geralmente adotam um modelo familiar, baseado em suas próprias experiências diárias, devido à falta de preparação específica para serem educadores, apesar da existência de um projeto pedagógico que define objetivos pedagógicos e perfis desejados para os egressos.

Este estudo revela que preceptores se veem como mediadores entre teoria e prática no ambiente de trabalho, combinando assistência e ensino. Eles reconhecem a importância e a responsabilidade de seu papel, pois se tornam modelos profissionais, mentores e orientadores para os residentes e alunos da graduação em seu percurso formativo.

A relação de ensino e aprendizado era preceptor-dependente, poucos preceptores associavam a teoria com a prática, e o ensino e as discussões sobre caso clínico não eram planejadas ou compreendidas como parte central de uma residência ou estágio curricular da graduação. O aprendizado do conteúdo, de modo geral, é difícil, abrangente, são muitas informações e conteúdo para estudar num curto período. Além disto, a residência teve o adicional da pandemia, que tomou um período muito grande da nossa formação. Além disto, os alunos da graduação foram prejudicados com seus estágios práticos dentro da UTI. Acabamos não direcionando o aprendizado, no dia a dia, eu não sentia que todos os profissionais tinham um embasamento teórico forte para explicar questões teóricas.

A maioria dos preceptores em hospitais universitários ou de ensino compreendem que a participação na formação de novos profissionais é uma parte implícita de suas funções. Ainda, ao atuar como preceptores, esses profissionais se veem também como "professores" práticos, compreendendo a extensão de sua responsabilidade na educação no serviço de saúde, especialmente na aprendizagem e formação de residentes em alunos da graduação em fase final.

Diante deste cenário, essa realidade nos aponta para a importância da formação do preceptor para o exercício de seu papel, de modo a não se reduzir ao simples fazer da técnica pela técnica, do trabalho instrumental e treinamento em serviço. Por isso, é importante que o exercício da preceptoria se constitua, seja um espaço de produção do conhecimento, à reflexão, e seja realizado de modo consciente, científico e pedagogicamente fundamentado, transformando o espaço de aprendizagem pela mediação pedagógica do preceptor.

Com relação as aulas teóricas os residentes apontam que não conseguiam esclarecer suas dúvidas nas aulas, pois as disciplinas não abordavam os temas da especialidade. Com isso, a busca pelo conhecimento do conteúdo, ficava atrelado ao aluno (que já tem sua própria responsabilidade em buscar o conteúdo e se aprofundar) sua aprendizagem experiencial e os ensinamentos práticos do preceptor.

Assim como, a preceptoria é vista como uma atividade educacional essencial, porém os preceptores desde estudo não reconhecem de maneira completa qual é a base de conhecimento para o ensino identificados por Shulman como fundamentais para uma prática docente. Destaca-se nesse estudo o conhecimento do conteúdo o qual é uma combinação do saber teórico específico à sua área de especialização e do conhecimento adquirido através da prática e da experiência profissional.

O estudo enfatiza a importância do conhecimento sobre os residentes e alunos sobre as suas características individuais. Quando o preceptor compreende as necessidades específicas de aprendizado de cada residente ou aluno, ele pode adaptar o conteúdo de maneira mais eficaz. Logo, um bom preceptor não apenas domina o conteúdo teórico e prático de sua especialidade, mas também é capaz de personalizar a abordagem de ensino para atender às necessidades únicas de aprendizagem de cada residente, facilitando assim uma aprendizagem mais eficiente.

Como limitações desse estudo, aponta-se que a investigação do fenômeno se restringiu na fase da coleta de dados dos alunos da graduação, à percepção dos alunos somente de enfermagem, visto que eram os únicos alunos em período de estágio durante a coleta de dados.

A principal contribuição desta dissertação tem como alicerce a oportunidade de conhecer o processo de ensino e aprendizagem em Unidade de Terapia Intensiva adulto em um Hospital Universitário, assim como, identificar as potencialidades e fragilidades no ensino na

percepção dos profissionais da equipe multiprofissional, assim como residentes e alunos da graduação.

O estudo destacou um desajuste na integração entre o conhecimento teórico e sua aplicação prática, bem como na conexão entre os ambientes de ensino e os serviços prestados. Neste contexto, ainda o estudo destaca que os profissionais da saúde estão trabalhando em instituições de ensino sem possuir a formação ou preparação adequadas para participar efetivamente no processo de ensino e aprendizagem. Isso indica que há uma lacuna significativa que precisa ser abordada para melhorar a qualidade da educação e da formação no campo da saúde, garantindo que os profissionais estejam bem equipados para ensinar e orientar os futuros profissionais de saúde de maneira eficaz.

Acredito que a experiência durante a construção do estudo proporcionou a compreensão sobre o fenômeno investigado, embora reconheça que o tema ainda requer mais discussão e exploração. Isso indica uma consciência de que, apesar dos avanços na compreensão, há aspectos do tema que permanecem inexplorados ou pouco compreendidos. Destaco a importância de ouvir os preceptores, que são fundamentais no processo educacional e têm insights valiosos sobre suas próprias necessidades de formação. Assim como, a necessidade crítica de melhorias em termos de formação e das condições sob as quais a preceptoria é realizada, tanto do ponto de vista teórico quanto prático. Isso sublinha a importância de um diálogo contínuo e de investimentos em recursos e capacitação para enriquecer a prática da preceptoria, melhorando assim a qualidade da educação e formação no contexto em questão.

Neste constructo, o estudo contribuiu significativamente para o debate sobre os conhecimentos essenciais para a preceptoria e importância da aprendizagem experiencial no ensino, fornecendo uma base teórica que pode ser utilizada no planejamento de um modelo educacional específico. A pesquisa não apenas identifica a lacuna entre a teoria e a prática na educação de profissionais de saúde, mas também oferece caminhos para superá-la, enfatizando a importância de transformar o discurso em ação concreta baseada em conhecimentos necessário para o ensino e a importância de ter a aprendizagem com base na experiência.

Portanto, além do objetivo geral ser atingido, espero que este estudo venha a contribuir e capacitar os preceptores, e gerar reflexões sobre o processo de ensino e aprendizado dentro da Unidade de Terapia Intensiva, afim de contribuir para o crescimento crítico-reflexivo de toda equipe multiprofissional, residentes e alunos da graduação, incluindo o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades necessárias para ensinar práticas na formação e qualificação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de *et al.* Um olhar exploratório sobre hospitais universitários federais selecionados segundo modelos de gestão de 2012 a 2017. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 238-252, set./dez 2021. doi: <https://doi.org/10.5585/rgss.v10i3.17204>. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/17204>.

ARAÚJO, Mayssa da Conceição *et al.* Contribuições da preceptoria para o desenvolvimento de competências clínicas e gerenciais na residência em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 76, n.2 p. e20220510, 2023. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0510pt> . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NSz3LvDVGS8wfJXn4KdZPVH/?lang=pt>. Acesso em:

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARTLETT, Andrew D. *et al.* Measuring and assessing the competencies of preceptors in health professions: A systematic scoping review. **BMC Medical Education**, Austrália, v. 20, n. 1. 2020. doi: DOI: 10.1186/s12909-020-02082-9. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-02082-9>. Acesso em:

BARTLETT, Andrew D. *et al.* Measuring and assessing the competencies of preceptors in health professions: A systematic scoping review. **BMC Med Educ**, v. 20, n.165, 2020. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02082-9>. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-020-02082-9>.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: Acesso em:

. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). RDC n. 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília; 24 fev. 2010.

. Ministérios da Educação e da Saúde. Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 25 de março de 2015. Seção 1, p. 31.

. Decreto nº 7562, de 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. Brasília: Presidência da República, 2011. Disponível em: Anexo Diretrizes Preceptorias (0383251) SEI 23477.016595/2018-51 / pg. 40 40.

. Decreto nº 80.821 de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Disponível em:

Acesso em: 05 de abr. 2022.

. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; Cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ - e a Secretaria Nacional da Juventude, altera as Leis n o s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm Acesso em: 18 abr. 2023.

. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). Disponível em: Acesso em: 10 abr. 2023.

. Ministério da Educação. Diretrizes Nacionais Curriculares dos Cursos de Graduação em saúde e áreas afins. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/observatorio-da-educacao/323-secretarias112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curricularescursos-de-graduacao>. Acesso em: 09 abr. 2023.

. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES no3, de 7 de novembro de 2001: institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília (DF); 2001. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/21cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2023.

. Ministérios da Educação e da Saúde. Portaria Interministerial nº 1000, de 15 de abril de 2004. Certifica como Hospital de Ensino as Instituições Hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam Hospitais Gerais e, ou Especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituições de Ensino Superior. Disponível em: <http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinck.php?numlink=1-92-31-2004-04-15-1000>

. Ministérios da Educação e da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.400, de 2 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri2400_02_10_2007.html Acesso em: 18 abr. 2023

. Ministérios da Educação e Saúde. Portaria Interministerial nº 2.117, de 03 de novembro de 2005. Institui, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/conselho-nacional-de-educacao/247-programas-e-aco-es-1921564125/residencia-medica-2137156164/12500-legislacao-especifica> Acesso em: 18 abr. 2023.

. Ministérios da Educação e Saúde. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Disponível em: e m:

.Ministério da Educação. Hospitais Universitários. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios> Acesso em: 18 abr. de 2018. Acesso em: 22 abr. 2023.

. Ministério da Educação. Portaria nº 375, de 04 de março de 1991. Dispõe sobre a necessidade de estabelecerem-se conceituações para os Hospitais de Ensino. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 6 de março de 1991. Seção 1, p. 4062. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri2400_02_10_2007.html Acesso em: 5 fev. 2023.

. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de Novembro de 2005.NR32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Disponível em: . Acesso em: 18 nov. 2022.

BORN, Bárbara Barbosa; PRADO, Ana Pires do; FELIPPE, Janaína Mourão Freire Gori. Profissionalismo docente e estratégias para o seu fortalecimento: entrevista com Lee Shulman. **Educação e Pesquisa**, v. 45, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1678-4634201945002003> . Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/crHN5H3zrKj4ZZYj7NMpB8y/abstract/?lang=pt>. Acesso em:

CICINELLI, Erin *et al.* An analysis of Canadian doctor of pharmacy hospital preceptor experiences in alternative preceptor models. **Currents in Pharmacy Teaching and Learning**, v. 13, n. 4, p. 353-360, abri. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2020.11.012>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S187712972030352X?via%3Dihub>. Acesso em:

CONNOR, Denise M; DURNING, Steven J; RENCIC, Joseph J. Clinical Reasoning as a Core Competency. **Academic medicine**, v. 95, n. 8, p. 1166-1171, 2020. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003027>. Disponível em: https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2020/08000/clinical_reasoning_as_a_core_competency.32.aspx. Acesso em:

DUDE, Antonia; RAKHUDU, Mahlasela A. A preceptorship model to facilitate clinical nursing education in health training institutions in Botswana. **Curationis**, v. 44, n.1, p. 2182, mar. 2021. doi: 10.4102/curationis.v44i1.2182. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8008035/>. Acesso em:

GRIFFITHS, Marnie *et al.* Systematic review of interventions to enhance preceptors' role in undergraduate health student clinical learning. **Nurse Education in Practice**, v. 62, p. 103349, jul. 2022. doi: 10.1016/j.nepr.2022.103349. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471595322000634?via%3Dihub>. Acesso em:

GROSSMAN, P. L. Un estudio comparado: las fuentes del conocimiento didáctico del contenido en la enseñanza del inglés en secundaria. **Profesorado: Revista de currículum y formación del profesorado**, Granada, v. 9, n. 2, p. 1-18, 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/567/56790205.pdf>. Acesso em:

HARDIE, Philip et al. Interpersonal and communication skills development in nursing preceptorship education and training programmes: a scoping review protocol. **HRB Open Research**, v. 4, n. 9, p. 1-16, mar. 2021. doi: 10.12688/hrbopenres.13201.2. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7903201/>. Acesso em:

JUNQUEIRA, Simone Rennó; OLIVER, Fatima Correa. A preceptoria em saúde em diferentes cenários de prática. **Revista Docência do Ensino Superior**, Belo Horizonte, v. 10, p. 1–20, 2020. doi: <https://doi.org/10.35699/2237-5864.2020.13483>. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/13483>. Acesso em: 10 abr. 2022.

KNOTT, Gillian J.; MYLREA, Martina F.; GLASS, Beverley D. A scoping review of pharmacy preceptor training programs. **American Journal of Pharmaceutical Education**, v. 84, n. 10, p.8039, out. 2020. doi: 10.5688/ajpe8039. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33149332/>.

MARCON, Daniel. **Conhecimento pedagógico do conteúdo**: A integração dos conhecimentos do professor para viabilizar a aprendizagem dos alunos. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2013.

MACEY, Andy; GREEN, Cameron; JARDEN, Rebecca J. ICU nurse preceptors' perceptions of benefits, rewards, supports and commitment to the preceptor role: a mixed-methods study. *Nurse Education in Practice*, v. 51, p. 102995, fev. 2021. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.102995>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471595321000317?via%3Dihub>. Acesso em:

MEIRELES, Maria Alexandra de Carvalho; FERNANDES, Cássia do Carmo Pires; LORENA, Souza e Silva; SILVA, Lorena Souza. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação médica: expectativas dos discentes do primeiro ano do curso de medicina de uma instituição de ensino superior. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, p. 67-78, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n2RB20180178>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/GZfVh7frghsyhKBnZhbYRLn/abstract/?lang=pt>. Acesso em:

PINTO, Tiago Rocha; CYRINO, Eliana Goldfarb. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na conformação das redes prioritárias de atenção. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 26, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/interface.200770>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/9LSjNqsjwjTZTGXHywZ4pmt/abstract/?lang=pt>. Acesso em:

RIBEIRO, Kátia Regina Barros. *et al.* Teaching in health residencies: knowledge of preceptors under Shulman's analysis. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, n. 4. 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0779>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/8QS5nvdnMyz4Vjn47H5k9jQ/?lang=en>. Acesso em:

RICHARDS, Jeremy B; SCHWARTZSTEIN, Richard. M. Promoting Critical Thinking in Your Intensive Care Unit Team. **Critical Care Clinics**, v. 38, n. 1, p. 113-127, 2022. doi:10.1016/j.ccc.2021.08.002.

RICHARDS, Jeremy B; HAYES, Margaret M; SCHWARTZSTEIN, Richard. M. Teaching clinical reasoning and critical thinking: from cognitive theory to practical application. **Chest**, v. 158, n. 4, p. 1617-1628, maio. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.05.525>. Disponível em: [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(20\)31449-5/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(20)31449-5/fulltext). Acesso em:

ROYCE, Celeste S; HAYES, Margaret M; SCHWARTZSTEIN, Richard. M. Teaching critical thinking: a case for instruction in cognitive biases to reduce diagnostic errors and improve patient safety. **Academic Medicine**, v. 94, n. 2, p. 187-194, 2019. doi:10.1097/ACM.0000000000002518. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30398993/>. Acesso em:

SARMENTO, Lidiane de Freitas; FRANÇA, Tania; MAGNAGO, Carinne. Experiências de educação interprofissional no contexto das residências multiprofissionais em saúde: estudo de revisão. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. e15711225510-e15711225510, 2022. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25510>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25510>. Acesso em:

SHULMAN, Lee S. Conocimientos y enseñanza: fundamentos de la nueva reforma. Profesorado: **Revista de Currículum y Formación del profesorado**, Espanha, v. 9, n. 2, p. 1-30, dez. 2005. Disponível em: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/profesorado/article/view/19743>. Acesso em:

WARREN, Joan Insalaco. *et al.* The Impact of Preceptor Education, Experience, and Preparation on the Role. **rev. J Nurses Prof Dev.**, v. 39. N. 4, p. 191-200, jul-aug. 2023

WAKEFIELD, Erin *et al.* Belonging in high acuity settings: What is needed for newly graduated registered nurses to successfully transition? A qualitative systematic review, **Nurse Education Today**, v. 121, 2023. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105686>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36549257/>. Acesso em:

WU, Xi Vivien *et al.* A web-based clinical pedagogy program to enhance registered nurse preceptors' teaching competencies—An innovative process of development and pilot program evaluation. **Nurse education today**, v. 84, p. 104215, jan. 2020. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104215>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691719304848?via%3Dihub>. Acesso em:

YANARICO, Dilzabeth Margot Imata *et al.* Clasificación y evaluación del entorno de la práctica profesional de los enfermeros en hospital universitario. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, p. e3376, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4339.3376>. Disponível em:

YOUNG, M. *et al.* The terminology of clinical reasoning in health professions education: implications and considerations. **Medical teacher**, v. 41, n. 11, p. 1277-1284,

2019.doi:10.1080/0142159X.2019.1635686. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31314612/>. Acesso em:

APÊNDICES

APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM CURSO DE
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PRECEPTORES

Pergunta norteadora: O que você entende por preceptoria?

1. Qual a função de um preceptor para você?
2. Pensando nas suas expectativas, você gosta de ser preceptor?
3. Você acredita que o aprendizado na UTI é difícil? Se sim, por que razões?

Vamos falar agora sobre os acadêmicos da graduação (apenas para enfermagem e medicina):

4. Como é a sua rotina com um aluno da graduação? Descreva um turno de 6 horas em que você faz o acompanhamento.
5. Como você avalia o aprendizado do aluno de graduação ao final? Você dá feedbacks?
6. Há conflitos entre teoria e prática para alunos de graduação?
7. Como é a sua relação com os professores desses alunos?

8. O que você sabe sobre os objetivos pedagógicos desses estágios? programa de ensino, carga horária, escala dos alunos? Você define junto com o professor?

9. O que você mudaria neste estágio?

Vamos mudar o assunto para a residência, então.

10. Como é a sua rotina com um residente? Descreva um turno de 6 horas em que você faz o acompanhamento.

11. Como você avalia o aprendizado do residente ao final? Você dá feedbacks?

12. Há conflitos entre teoria e prática para residentes?

13. O que você mudaria na residência?

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL UFSC ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ALUNOS E RESIDENTES

Pergunta norteadora: O que você entende por preceptoria?

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ALUNOS E RESIDENTES

Pergunta norteadora: O que você entende por preceptoria?

ALUNOS

1. Qual a função de um preceptor para você?
2. Você acredita que o aprendizado na UTI é difícil? Se sim, por que razões?
3. Você pode dar alguns exemplos de como é avaliado o seu aprendizado durante o estágio na UTI. Você recebe e dá um feedback ao seu preceptor?
4. Como você percebe a relação entre professores e preceptores na UTI?
5. O que você sabe sobre os objetivos pedagógicos do seu estágio?
6. O que você mudaria no estágio?

RESIDENTE

1. Qual a função de um preceptor para você?
2. Você acredita que o aprendizado na UTI é difícil? Se sim, por que razões?
3. Você pode dar alguns exemplos de como é avaliado o seu aprendizado durante o estágio na UTI. Você recebe e dá um feedback ao seu preceptor?

4. Como é a sua rotina como um residente? Descreva um dia de prática/serviço em que você tem o acompanhamento de um preceptor.

5. O que você mudaria na residência?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada: Conhecimento pedagógico do conteúdo entre preceptores da equipe multiprofissional intensivista.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Local da pesquisa: Unidade de Terapia Intensiva adulto do Hospital Universitário Polydoro de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisador responsável: Prof. Dra. Daniele Delacanal Lazzari.

Resolução: A pesquisa atende todas as especificações da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Justificativa e objetivos: O presente estudo é um projeto de pesquisa desenvolvido pela enfermeira Gabriela Thomé da Cruz de Oliveira e a enfermeira Dra. Orientadora Daniele Delacanal Lazzari do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. O presente trabalho propõe compreender a preceptoria no cenário de cuidados críticos e os conhecimentos base para o ensino dos preceptores em unidade de terapia intensiva adulto.

Procedimentos: A pesquisa será dividida em duas etapas. Na primeira, você receberá um questionário composto por perguntas abertas e fechadas, que compreenderá questões para a caracterização dos participantes (idade, sexo, profissão, tempo de experiência), o tempo de duração desta etapa condiz de no máximo dez minutos. Em sequência, será realizada uma entrevista semiestruturada em profundidade, a partir de questões que explorem a relação da preceptoria com ensino pela equipe multiprofissional. Estas entrevistas ocorrerão em local reservado e serão gravadas para facilitar a transcrição das respostas pelo pesquisador posteriormente. No entanto, caso você não se sinta à vontade, poderá recusar participar deste momento, sem qualquer prejuízo. O propósito destas entrevistas é coletar o maior número de informações que auxiliem os pesquisadores a compreender a preceptoria no cenário de cuidados críticos e os conhecimentos base para o ensino dos preceptores em unidade de terapia intensiva adulto. Na segunda etapa, para a coleta de dados será utilizado um questionário construído pela pesquisadora, será composto de questões objetivas de múltipla escolha, construídas com base nos resultados iniciais da etapa qualitativa.

Riscos e desconfortos: Destaca-se que não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Podem ocorrer desconfortos relacionados a sua participação, no sentido de auto avaliação, e recordar situações que possam ter algum tipo de encargo emocional para você. Minimização de riscos e/ou desconfortos: De qualquer forma, você poderá desistir de participar desse estudo a qualquer momento, bastando para isso contatar a pesquisadora. No entanto, diante de tais possibilidades os pesquisadores estarão disponíveis para esclarecer quaisquer dúvidas, bem como escutá-los.

Benefícios: Esta pesquisa terá como benefício direto compreender a preceptoria no cenário de cuidados críticos e os conhecimentos base para o ensino dos preceptores em unidade de terapia intensiva adulto. E como benefícios indiretos à comunidade científica que poderá através deste estudo, ampliar os conhecimentos acerca do processo de ensino aprendizagem dos cuidados críticos para os preceptores a partir do conhecimento base para o ensino segundo Shulman. Ainda, essa pesquisa irá instigar a equipe multiprofissional atuante nos cenários de cuidados intensivos sobre quais são os conhecimentos bases que utilizam na prática para ensinar e como é construído a ação e raciocínio pedagógico para alunos da graduação e residentes.

Acompanhamento e assistência: Caso sejam detectadas situações que indiquem a necessidade de uma intervenção, a pesquisadora compromete-se a fazer os encaminhamentos que forem necessários.

Voluntariedade/direito à desistência: A participação na pesquisa é totalmente voluntária. Caso você resolva não participar ou desiste de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao participante.

Custos, compensação financeira e ressarcimento: Não estão previstos gastos nesta pesquisa, entretanto caso você tenha alguma despesa comprovadamente em decorrer da mesma você será ressarcido, de acordo com a Resolução CNS 466/12. Os participantes do estudo serão orientados que sua participação não irá causar-lhes qualquer tipo de despesas.

Direito à indenização: Será garantido por parte dos pesquisadores indenização no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, independente de sua natureza.

Privacidade, sigilo e confidencialidade: Será garantido a manutenção do anonimato e da privacidade dos participantes, ou seja, nenhuma informação será dada a outras pessoas. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. As informações somente serão utilizadas em publicações de artigos científicos ou outros trabalhos em eventos científicos.

Acesso a resultados parciais ou finais da pesquisa: Asseguramos o acesso aos resultados desta pesquisa de maneira parcial e final, previsto para o último semestre do ano de 2023.

Informações para o contato com o pesquisador responsável: Em caso de dúvidas sobre estudo, você poderá entrar em contato com a Mestranda Gabriela Thomé da Cruz de Oliveira no Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis/SC; telefone (47) 992274970 e-mails gabrielathomedacruz@gmail.com. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH/UFSC) da Universidade Federal de Santa Catarina: Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040400, Contato: (48) 37216094, cep.propesq@contato.ufsc.br. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade

Federal de Santa Catarina. Destaca-se a necessidade de rubrica em todas as páginas. Após ter sido esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que está possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante:

Data: Florianópolis: _____/_____/_____

(Assinatura do participante)

Responsabilidade do Pesquisador: Asseguro que cumprirei todas as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e suas complementares durante todo o transcurso, execução e possível publicação posterior que possa surgir em decorrência desta pesquisa. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

(Assinatura do pesquisador)

Os pesquisadores colocam-se à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Daniele Delacanal Lazzari E-mail:
daniele.lazzari@ufsc.br

Pesquisadora principal: Mestranda Gabriela Thomé da Cruz de Oliveira. E-mail: gabrielathomedacruz@gmail.com Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH/UFSC) da Universidade Federal de Santa Catarina: Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040400, Contato: (48) 37216094, cep.propesq@contato.ufsc.br

APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM CURSO DE
MESTRADO EM ENFERMAGEM TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA
GRAVAÇÃO DE VOZ**

Eu, _____, ciente dos objetivos da pesquisa intitulada: Preceptoria multiprofissional em unidade de terapia intensiva adulto e suas relações com o conhecimento pedagógico de conteúdo: estudo de métodos mistos. Especialmente sobre os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, a pesquisadora, Gabriela Thomé da Cruz de Oliveira, a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte. Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso do pesquisador, acima citado, em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) Gabriela Thomé da Cruz de Oliveira, e após esse período, serão destruídos.
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Nome do (a) participante:

Data: Florianópolis: _____ / _____ / _____

(Assinatura do participante)

(Assinatura do pesquisador) Os pesquisadores colocam-se à disposição para quaisquer esclarecimentos. Pesquisador responsável: Profa. Dra. Daniele Delacanal Lazzari E-mail: daniele.lazzari@ufsc.br Pesquisador principal: Mestranda Gabriela Thomé da Cruz de Oliveira. E-mail:gabrielathomedacruz@gmail.com Comitê de Ética em Pesquisa (CEPSH/UFSC) da Universidade Federal de Santa Catarina: Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040400, Contato: (48) 37216094, cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desafios e potencialidades para o desenvolvimento de práticas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde de um hospital do Sul do Brasil

Pesquisador: Jussara Gue Martini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55428121.0.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.256.168

Apresentação do Projeto:

Desafios e potencialidades para o desenvolvimento de práticas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde de um hospital do Sul do Brasil

Resumo:

Trata-se de uma pesquisa para produção de Tese de Doutorado, oriunda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Propõe-se uma investigação sobre as práticas interprofissionais na Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) do HU/UFSC. As RMS são dispositivos importantes tanto para a qualificação profissional como para o aperfeiçoamento do cuidado nas instituições de

saúde. Contudo, no campo hospitalar, estudos realizados em outras regiões do país demonstram que a operacionalização das RMS dentro dos hospitais passa por diversos desafios, principalmente com relação à efetivação do trabalho interprofissional e colaborativo, o que pode comprometer a exploração máxima das potencialidades das RMS. Neste sentido, objetiva-se pesquisar residentes, tutores e preceptores sobre o desenvolvimento dessas práticas no âmbito da RMS do HU/UFSC. Será realizado um estudo de método misto. Para a parte quantitativa serão aplicadas duas escalas, uma que avalia os movimentos de Educação Interprofissional e outra que avalia os movimentos de Prática Colaborativa, e os dados serão

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Página 01 de 08

Continuação do Projeto: 5.256.168

analisados por estatística descritiva. Para a parte qualitativa serão realizadas entrevistas com os participantes, bem como observação não participante de algumas atividades em que há maior interação entre a equipe multiprofissional (rounds clínicos, discussão de casos etc.). Os dados das entrevistas serão analisados mediante Discurso do Sujeito Coletivo. Com relação aos riscos, essa pesquisa pode causar constrangimento ou aflorar sentimentos diversos com relação às situações vivenciadas pelos participantes. Para minimizar este risco, o pesquisador se compromete a não interferir na livre expressão dos participantes e a ofertar um ambiente acolhedor e compreensivo diante de algum desconforto durante o andamento das atividades. Ainda assim, caso haja dano psicológico comprovado em decorrência da pesquisa, os pesquisadores se comprometem em oferecer atendimento psicológico especializado para esses casos. Com relação aos benefícios da pesquisa, estão diretamente relacionados com a produção do conhecimento para a área da educação e do trabalho em saúde. Compreender como as práticas interprofissionais estão inseridas na RMS e de que modo essas estratégias são disseminadas na instituição hospitalar a partir das atividades da RMS é relevante para aumentar a qualidade e a efetividade do trabalho em saúde, bem como para qualificar a formação na área.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar as potencialidades e os desafios para o desenvolvimento de práticas interprofissionais, mediante movimentos de EIP e PC, no contexto de uma RMS no âmbito hospitalar.

Objetivos Secundários:

Avaliar a disponibilidade dos residentes, tutores e preceptores para as práticas interprofissionais, mediante movimentos de EIP e PC;

Desvelar a compreensão de residentes, tutores e preceptores sobre as práticas interprofissionais no contexto da RMS;

Identificar as vivências de residentes, tutores e preceptores com a temática;

Evidenciar as contribuições da RMS para a promoção de práticas interprofissionais na instituição onde o programa está inserido.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Rectoria II, R. Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep_pesq@contato.ufsc.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Com relação aos riscos, essa pesquisa pode causar constrangimento ou aflorar sentimentos diversos com relação às situações vivenciadas pelos participantes. Para minimizar este risco, o pesquisador se compromete a não interferir na livre expressão dos participantes e a ofertar um ambiente acolhedor e compreensivo diante de algum desconforto durante o andamento das atividades. Ainda assim, caso haja dano psicológico comprovado em decorrência da pesquisa, os pesquisadores se comprometem em oferecer atendimento psicológico especializado para esses casos.

A gravação das entrevistas se dará através do uso de gravador digital. Para minimizar qualquer constrangimento no momento da entrevista serão feitas perguntas abertas. Os participantes não serão obrigados a responder questões que, por qualquer motivo, não se sintam confortáveis. Os dados serão analisados com discrição e os registros utilizados exclusivamente para os fins da pesquisa, não mencionando o nome dos participantes nem qualquer característica que possa identificá-los. Todos os materiais com dados originados da investigação, assim como os termos de consentimentos, serão mantidos em local seguro, lacrados, por um período de cinco anos, sendo que terão acesso a eles apenas os pesquisadores responsáveis pela pesquisa. No caso de materiais digitais, serão arquivados em computador e pasta que exigem senha de acesso. Todos os participantes assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com dados dos pesquisadores e da pesquisa, para que possam ser cumpridas todas as orientações éticas para estudos desta natureza.

Benefícios:

Com relação aos benefícios da pesquisa, estão diretamente relacionados com a produção do conhecimento para a área da educação e do trabalho em saúde. Compreender como a EIP e PC estão inseridas na RIMS e de que modo essas estratégias são disseminadas na instituição hospitalar a partir das atividades das RIMS é relevante para aumentar a qualidade e a efetividade do trabalho em saúde, bem como para qualificar a formação na área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta pertinência, fundamentação bibliográfica e uma vez obtido os dados conclusivos proporcionará uma visão mais abrangente sobre o tema proposto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos estão de acordo com as solicitações do CEP/SH.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@conitec.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.256.568

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram realizadas todas as alterações no TCLE e projeto-revisado não havendo impedimentos a realização da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_1877508.pdf	08/02/2022 17:13:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_revisado.docx	08/02/2022 17:05:44	Jussara Gue Martini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_REVISADO.docx	08/02/2022 17:03:37	Jussara Gue Martini	Aceito
Folha de Risco	Folha_de_risco_projeto_Andreassinadoassinado.pdf	21/12/2021 10:58:26	Jussara Gue Martini	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	19/12/2021 23:10:51	Jussara Gue Martini	Aceito
Declaração de Instituição e Intransigência	declaracaoufsc.pdf	19/12/2021 23:09:45	Jussara Gue Martini	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	19/12/2021 22:50:27	Jussara Gue Martini	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Retortas II, II, Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep_propesq@contato.ufsc.br