

CONSTRUÇÃO DE UM PLANO COLABORATIVO DE APRENDIZAGEM EM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM FISIOTERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

CONSTRUCTION OF A COLLABORATIVE LEARNING PLAN IN A PEDIATRIC INTENSIVE PHYSIOTHERAPY RESIDENCY PROGRAM

Yessa do Prado Albuquerque (ORCID: 0000-0002-7518-4647)¹
Renata Maba Gonçalves Wamosy (ORCID: 0000-0001-5772-9650)²
Valéria Cabral Neves Luszczynski (ORCID: 0000-0002-1425-738X)³

RESUMO

Introdução: os programas de residência multiprofissional em saúde estimulam competências e habilidades para ações de atenção, assistência e gestão em saúde enquanto o fisioterapeuta possui competências para contribuir para a qualidade do atendimento da população usuária do Sistema Único de Saúde. O objetivo deste artigo é construir um plano colaborativo de ensino e avaliação para residentes de Fisioterapia em Terapia Intensiva Pediátrica. Estudo do tipo metodológico subdividido em três etapas: a estruturação conceitual do instrumento, a elaboração dos domínios e itens de avaliação e a estruturação e ordem do instrumento. **Desenvolvimento:** o plano de aprendizagem foi subdividido em quatro domínios: 1) competências gerenciais; 2) competências colaborativas; 3) competências essenciais; e 4) atividades profissionais confiáveis. As três primeiras serão avaliadas em: sim, parcialmente e não. A última será avaliada em cinco níveis, sendo o nível 1 o menor nível de independência profissional perante o cuidado até o nível 5, no qual o residente possui ampla autonomia. **Considerações finais:** o instrumento pretende permitir ao residente a autopercepção sobre o seu processo formativo, e ao preceptor, um recurso para o planejamento pedagógico, reorientando as experiências de aprendizagem.

Palavras-chave: Internato e Residência; Formação Profissional; Educação em saúde; Educação baseada em competências; Fisioterapeutas.

ABSTRACT

Introduction: the multiprofessional residency programs in health stimulate competencies and skills for actions in health care, assistance, and management, while the physiotherapist has the competencies to contribute to the quality of care for the population using the Unified Health System. The objective of this article is to construct a collaborative teaching and assessment plan for Pediatric Intensive Care Physiotherapy residents. A methodological study divided into three stages: conceptual structure of the instrument, development of assessment domains and items, and structure and order of the instrument. **Development:** the learning plan was subdivided into four domains: 1) managerial competencies; 2) collaborative competencies; 3) essential competencies, and 4) entrustable professional activities. The first three will be assessed as yes, partially, and no. The last one will be assessed on a 5-level scale, with level 1 representing the lowest level of professional independence in care, up to level 5, in which the resident has full autonomy. **Final considerations:** the instrument aims to allow the resident to be self-aware of their formative process, and provide the preceptor with a resource for pedagogical planning, reorienting the learning experiences.

Keywords: Internship and Residency; Health Education; Competency-Based Education; Physical Therapists.

¹ Fisioterapeuta, Pós-graduada em Fisioterapia Pediátrica pela Universidade Estadual de Campinas, Especialista Profissional em Fisioterapia em Terapia Intensiva neonatal e pediátrica pela ASSOBRAFIR, Mestra em Reabilitação Funcional pela Universidade Federal de Santa Maria, Fisioterapeuta e preceptora da Unidade de Medicina Intensiva IZRAIL CAT do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

² Fisioterapeuta, Doutora em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina e Mestra em Fisioterapia da Universidade do Estado de Santa Catarina. Professora Adjunta do curso de Fisioterapia da Universidade do Estado de Santa Catarina.

³ Fisioterapeuta, Doutora em saúde da criança e do adolescente da Universidade Federal do Paraná e Mestra pelo Programa de pós-graduação em saúde da criança e do adolescente da Universidade Federal do Paraná. Especialista em Fisioterapia Respiratória e Fisioterapia em terapia intensiva pela ASSOBRAFIR. Responsável-técnica da unidade de medicina intensiva IZRAIL CAT do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Vice-coordenadora da área profissional da residência multiprofissional em Fisioterapia. Preceptora da residência multiprofissional em atenção à saúde da criança e do adolescente pela Universidade Federal do Paraná. Supervisora de estágio da graduação do curso de Fisioterapia da UFPR. Professora convidada do Programa de pós-graduação em saúde da criança e do adolescente da Universidade Federal do Paraná.

Autor correspondente:

Nome: Yessa do Prado Albuquerque
E-mail: yessa.albuquerque@hc.ufpr.br

Fonte de financiamento:

Não houve financiamento ou suporte financeiro.

Critério de Autoria:

Todos os autores participaram da elaboração dos manuscritos assumindo, publicamente, a responsabilidade pelo seu conteúdo.

Informações sobre o trabalho:

Este manuscrito é oriundo de trabalho de trabalho de conclusão de pós-graduação do Programa de Pós-Graduação em Especialização em Preceptoria Multiprofissional na Área da Saúde pela Faculdade Moinhos de Vento da autora Yessa do Prado Albuquerque com participação das autoras Valéria Cabral Neves Luszczynski e Renata Maba Gonçalves Wamosy.

INTRODUÇÃO

Os Programas de Residência nas Áreas de Saúde foram regulamentados pelos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) pela Portaria Interministerial nº 1.077/2009, como importante estratégia de formação permanente e qualificação profissional de diversos profissionais do campo da saúde, entre eles, o fisioterapeuta. A criação desse programa contempla a especialização em área prioritária para a assistência ao Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se fundamental para o funcionamento do sistema, que é baseado em universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação social e humanização^{1,2}.

A Fisioterapia possui competências e habilidades acadêmicas e científicas para contribuir para a qualidade do atendimento da população usuária do SUS³, pois é o fisioterapeuta o profissional especializado que desempenha um papel crucial na avaliação e na prevenção cinésio-funcional do indivíduo, bem como realiza intervenções terapêuticas. Além disso, ele trabalha em estreita colaboração com a equipe multiprofissional no controle e aplicação de gases medicinais, assim como na utilização de técnicas de ventilação pulmonar mecânica, tanto invasiva quanto não invasiva⁴. Assim, a inclusão do fisioterapeuta nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) no Brasil ocorreu especialmente nos anos 2000 e foi baseada na reestruturação dos modelos de saúde⁴. Seu surgimento se deu a partir das demandas por profissionais capacitados em ambientes de alta complexidade.

Os programas de residência multiprofissional em saúde estimulam competências e habilidades para ações de atenção, assistência e gestão em saúde. Desse modo, o objetivo principal para a educação em Fisioterapia é o de formar profissionais altamente seguros e capacitados para a atuação no mercado de trabalho⁵. O fisioterapeuta recém-formado ainda tem

formação em bases curriculares médico-assistenciais privatistas, em um currículo reducionista e mecanicista. Nesse sentido, para torná-los profissionais de excelência, são necessários a aquisição de conhecimento e o desenvolvimento de habilidades técnicas, assim como valores éticos, promoção para constituir uma prática de promoção da saúde^{6,7}.

A residência multiprofissional em nível terciário é um campo amplo para essa formação. Nesse cenário, o papel do preceptor é o de apoiar os alunos no processo de aprendizagem, tanto nas práticas intrínsecas da profissão quanto nas explícitas⁵, com enfoque centrado no residente⁸. Nesse contexto, a avaliação do processo de formação é uma ferramenta mediadora no processo de aprendizagem, a qual fortalece a relação de professor e aluno, do ensinar e aprender, e ainda orienta e conduz a gestão do ensino⁹.

Os métodos educativos convencionais ainda prevalecem nas residências multiprofissionais, sendo necessário o desenvolvimento de metodologias ativas/reflexivas de ensino e aprendizagem¹⁰. Entre elas, os estudos de competências têm o propósito de listar habilidades e conhecimentos para aprimoramento e desenvolvimento profissional, fornecendo uma base sólida para reflexão sobre a formação profissional¹¹. Porém, o processo avaliativo do residente por meio de competências ainda é um desafio^{11,12}. Nesse panorama, em virtude da carência de instrumentos validados para o processo avaliativo¹³, este estudo apresenta o processo de construção de um plano colaborativo de ensino e avaliação de residentes de Fisioterapia em Terapia Intensiva Pediátrica.

MÉTODO

O presente estudo metodológico apresenta a construção de um instrumento colaborativo de ensino e avaliação de

fisioterapeutas da residência multiprofissional do programa em atenção à saúde da criança e do adolescente no campo de prática da UTIP, baseado em competências.

Essa matriz foi desenvolvida para atender às demandas de ensino e avaliação da residência multiprofissional em saúde em Fisioterapia no campo de prática em UTIP. A residência multiprofissional é fomentada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, sendo uma modalidade de pós-graduação lato sensu com atividades práticas correspondendo a 80% da carga horária total do curso. Os residentes permanecem por dois anos, sendo denominados como residentes do primeiro ano (R1) e residentes do segundo ano de formação (R2). A formação é fundamentada no trabalho em equipe multiprofissional com orientação de tutores e preceptores, que são, respectivamente, docentes do programa e profissionais dos serviços de saúde^{2,14-16}.

Para a construção desse instrumento, seguiram-se as recomendações de Coluci Alexandre e Milani¹⁷. Em um primeiro momento, realizou-se a construção conceitual dessa matriz e da população-alvo envolvida. Definiram-se competências como Frank e colaboradores: o conjunto de habilidades em múltiplos domínios ou aspectos do desempenho em um determinado contexto¹⁸. Com base nesse conceito, desenvolveram-se, primeiramente, os domínios e, em seguida, os seus respectivos itens avaliativos.

Na sequência, a elaboração dos domínios e dos itens ocorreu por meio do processo de trabalho em consonância com a legislação vigente, incluindo habilidades técnicas e não técnicas (soft skills)^{7,19-21}. O instrumento seguiu as recomendações de avaliações por competências, sendo, elas: definir as habilidades, o contexto; conferir uma flexibilidade de tempo para cada educando atingir uma competência; respeitar o processo de aprendizagem de forma individualizada; definir os marcos de aprendizagem; traçar um caminho transparente de marco a marco de aprendizagem; proporcionar uma formação como dinâmica¹⁸. A partir desse conhecimento, desenvolveram-se as competências necessárias para a formação em Fisioterapia em Terapia Intensiva Pediátrica, na modalidade residência multiprofissional, considerando os diferentes níveis: R1 e R2.

RESULTADOS

O plano conjunto de avaliação do residente foi subdividido em quatro domínios: 1) competências gerenciais; 2) competências colaborativas; 3) competências essenciais; e 4) atividades profissionais confiáveis. Cada um dos domínios foi subdividido em comportamentos esperados para a formação dos residentes multiprofissionais de Fisioterapia no campo de prática da UTIP (Quadro 1).

Quadro 1. Resumo da etapa 1 da construção da matriz

Estruturação conceitual	Matriz para uma aprendizagem significativa que contempla indicadores da trajetória de formação educativa, em forma de competências, comportamentos, habilidades, conhecimentos e saberes fundamentais para a construção profissional para constituir uma prática de promoção da saúde ^{7,12,13}
Objetivos	Avaliar e acompanhar a aprendizagem dos residentes
Definição da população-alvo	Residentes da Fisioterapia no campo de Prática da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
Domínios/ Escalas de avaliação	1. Competências e habilidades gerenciais 2. Competências interprofissionais 3. Competências essenciais 4. Atividades profissionais confiáveis
Escalas de avaliação	Domínios 1, 2, 3: não/parcialmente/sim Domínio 4: Em 5 níveis ⁸

O primeiro domínio, denominado de competências e habilidades gerenciais, abrange os comportamentos relacionados com a organização do serviço de fisioterapia, a coleta de dados para pesquisa e a organização dos espaços de trabalho (Tabela 1).

Tabela 1. Domínio de competências e habilidades gerenciais

	Registra em prontuário a assistência realizada
	Carimba e assinar as prescrições médicas
	Inclui os códigos de faturamento de procedimentos
	Preenche ficha de controle das condições do tubo endotraqueal para prevenção de extubação não planejada
R1	Preenche fichas de controle <i>checklist</i> de prevenção de extubação não planejada (ou outro indicador de qualidade coletado pela unidade)
	Preenche ficha de produtividade da fisioterapia na unidade
	Preenche e verifica a ficha controle dos parâmetros da ventilação mecânica invasiva (e Ventilação não invasiva)
	Preenche planilha de dados de pacientes internados
	Mantém o espaço de trabalho organizado
	Realiza o relatório mensal de indicadores de qualidade da unidade
R2	Preenche documentação para processo de desospitalização do paciente crônico quando necessário
	Realiza orientação e treinamento para familiares durante o processo para a desospitalização
	Organiza os documentos, registros e pastas de controles da fisioterapia na unidade

Avaliação realizada em não realiza, realiza parcialmente ou sim realiza.

O segundo domínio – competências interprofissionais (Tabela 2) – abrange a educação e o trabalho interprofissional. Esta categoria avalia as competências desenvolvidas por dois ou mais profissionais que atuam de modo interativo a fim de uma promoção de saúde de excelência^{22,23}.

Tabela 2. Domínio de Competências Interprofissionais

	Participa das reuniões médicas às (13h30) diariamente
	Participa do <i>round</i> multiprofissional (11h) diariamente
	Participa da visita médica (8h) diariamente
	Realiza o teste de verificação do ventilador mecânico
	Confere disponibilidade de materiais na unidade de uso da fisioterapia (traqueias, cânulas, filtros, máscaras de ventilação não invasiva)
	Realiza a higienização dos materiais e equipamentos de fisioterapia conforme o serviço de controle de infecção hospitalar
R1	Realiza as notificações de extubações não planejadas – via plataforma Vigihosp
	Avalia as condições da fixação do tubo endotraqueal
	Auxilia e participa da troca da fixação do tubo endotraqueal
	Auxilia na montagem do ventilador de transporte
	Realiza paramentação e desparamentação adequada antes e após a assistência ao paciente
	Participa da admissão do paciente na unidade
	Participa do procedimento de intubação do paciente
	Resolve problemas de indisponibilidade de materiais durante um atendimento ao paciente
R2	Participa de intercorrências
	Solicita avaliação multiprofissional quando necessário (fonoaudiólogo, dentista, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social)
	Auxilia no transporte do paciente crítico

Avaliação realizada em não realiza, realiza parcialmente ou sim realiza.

O domínio de competências essenciais (Tabela 3) foi adaptado de Dempsey, Battel-kirk e Barry, sendo os itens incluídos como competências essenciais e mínimas para qualquer profissional da saúde⁷.

Tabela 3. Domínio de Competências Essenciais

R1	Discute de forma ética e respeitosa os casos clínicos com equipe interdisciplinar
	Mantem comunicação clara e assertiva com equipe
	Auxilia os colegas de plantão
	Elabora questionamentos clínicos
	Atua de forma ética com os pacientes e profissionais
	Garante que a ação de promoção da saúde seja benéfica e não cause danos
	É responsável pela sua prática dentro da unidade
	Envolve diferentes profissionais para contribuir ativamente para ações de promoção da saúde
	Coleta, revisa e avalia dados, informações e literatura atual para agir com a prática em saúde baseada em evidência
R2	Elabora raciocínio clínico
	Usa de habilidades de comunicação eficazes, incluindo habilidades escritas, verbais, não verbais e de escuta para promoção de saúde
	Participa para a mobilização de recursos para ações de promoção da saúde
	Contribui para a aprendizagem da equipe e da organização para o avanço da ação de promoção da saúde

O último domínio foi denominado de Atividades Profissionais Confiáveis (APCS), caracterizadas como as tarefas técnicas profissionais do fisioterapeuta²⁰. Essas foram adaptadas para a realidade da UTIP conforme a resolução do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) nº 402/201119 (Tabela 4).

Tabela 4. Itens do domínio de Atividades Profissionais Confiáveis

	Realiza avaliação de sinais vitais do paciente
	Realiza avaliação do padrão respiratório do paciente
	Realiza avaliação da condição de tosse do paciente
	Realiza avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor
	Realiza avaliação de força muscular
	Utiliza escalas validadas para a população pediátrica durante a avaliação
	Identifica os diferentes suportes respiratórios disponíveis na unidade
	Avalia a necessidade de escalonamento de oxigenoterapia
	Indica a necessidade de escalonamento de oxigenoterapia
	É capaz de montar os sistemas de fornecimento de oxigenoterapia adequadamente
	Monta o sistema de CNAF adequadamente
	Avalia a CNAF (avaliação clínica, índice ROX)
	Indica a necessidade da CNAF
	Avalia sistemas de umidificação da VNI
R1	Indica a necessidade da VNI
	Instala adequadamente o dispositivo de VNI
	Avalia a VNI (modos, parâmetros, máscaras, cabresto, pontos de pressão)
	Avalia sistemas de umidificação da VMI adequadamente
	Realiza o desmame ventilatório da VMI
	Realiza o TRE para indicar a extubação programada do paciente
	Realiza extubação programada seguindo os critérios preconizados
	Realiza o procedimento de aspiração de vias aéreas superiores adequadamente
	Realiza o procedimento de aspiração de via aérea artificial em circuito aberto ou circuito fechado de maneira adequada
	Realiza técnicas e manobras desobstrutivas de vias aéreas adequadamente
	Realiza manobras e técnicas de reexpansão adequadamente
	Avalia os critérios de início de MP do paciente crítico
	Realiza protocolo de mobilização precoce adequadamente
	Aplica medidas de controle de infecção hospitalar definidos pela instituição
	Realiza posicionamento no leito, sedestação, ortostatismo, deambulação, além de planejar e executar estratégias de adaptação para o paciente crítico
	Atende de forma dinâmica e lúdica
R2	Avalia e indica a necessidade de evolução de suporte respiratório
	Resolve intercorrências relacionadas ao cateter nasal de alto fluxo
	Resolve intercorrências relacionadas a ventilação mecânica não invasiva
	Avalia parâmetros da ventilação mecânica invasiva
	Resolve intercorrências relacionadas a ventilação mecânica invasiva
	Identifica assincronias da ventilação mecânica invasiva
	Corrige assincronias da ventilação mecânica invasiva
	Realiza estratégia de ventilação mecânica protetora
	Solicita e interpreta corretamente exames complementares
	Utiliza recursos de ação isolada ou concomitante de agente cinésio-mecano-terapêutico, termoterapêutico, crioterapêutico, hidroterapêutico, fototerapêutico ou eletroterapêutico
	Solicita e interpreta exames complementares
Utiliza equipamentos disponíveis na unidade para fisioterapia respiratória	

Avaliação realizada conforme Stewart et al⁸. CNAF: cânula nasal de alto fluxo; VNI: ventilação mecânica não invasiva; VMI: ventilação mecânica invasiva; TRE: Teste de respiração espontânea; ROX: Índice de Oxigenação Respiratória; Mobilização precoce: MP

As competências gerenciais, colaborativas e essenciais serão avaliadas em: sim, para aqueles residentes que demonstram ou realizam as afirmativas; não, para aqueles que não apresentam ou não realizam; e parcialmente, para aqueles que necessitam melhorar ou otimizar tal competência. Já as APCS serão avaliadas em cinco níveis, conforme Stewart et al.⁸:

- Nível 1- Observação: preceptor presta o cuidado, o residente é observador. Nesse nível, o preceptor compreende que o residente entende a atividade.
- Nível 2- Cuidado parcial: o residente realiza parte do cuidado. Assim, acredita-se que o residente já sabe como fazer.
- Nível 3- Cuidado colaborativo: o residente e o preceptor prestam o cuidado juntos. Nesse momento, o residente já desempenha a ação.
- Nível 4- Cuidado supervisionado: o residente presta o cuidado com autonomia, sob supervisão. O residente já domina e identifica a ação.
- Nível 5- Facilitador: o residente possui ampla autonomia. Assim, a supervisão do preceptor ocorre somente com a solicitação do residente.

Sugere-se a avaliação por meio do plano colaborativo em pelo menos três momentos durante a trajetória da residência: o primeiro, no encontro do preceptor com o R1 no campo de prática da UTIP; o segundo, ao final do R1; e o terceiro, no final do R2 a fim de acompanhar o residente ao longo da sua formação. No primeiro momento avaliativo, será realizada a identificação dos conhecimentos prévios do residente, por meio de autoavaliação e percepção sobre o seu processo de aprendizagem até a residência, assim como serão identificadas as expectativas do residente para o programa, bem como dos preceptores para o residente, já o guiando para o seu processo de aprendizagem. O segundo momento tem como objetivo identificar as inseguranças e as percepções do residente sobre a sua jornada de aprendizagem, assim como nortear o preceptor

quanto ao delineamento do ensino. Já o último momento avaliativo é o resultado da jornada percorrida, no qual o residente e o preceptor conseguem analisar todo o percurso percorrido, esperando-se do residente todos os níveis máximos nos itens avaliados ao fim do percurso.

DISCUSSÃO

O plano conjunto de aprendizagem para residentes da Fisioterapia no campo de prática da UTIP é uma proposta inédita dentro dos programas de residência em saúde da criança e do adolescente. Outrossim, pode ser um importante referencial para a construção de outros planos para avaliação da estudante em diversos programas, bem como outros cenários de prática.

Foi constituído em concordância com as mudanças pedagógicas e das diretrizes curriculares que apontam a necessidade de os processos educativos seguirem indicadores da trajetória de formação, considerando competências, habilidades, conhecimentos e saberes fundamentais para a construção profissional¹². Essa matriz inédita é composta por competências, comportamentos e habilidades necessárias para se tornar um fisioterapeuta intensivista, somados a valores necessários para constituir uma prática de promoção da saúde⁷.

A matriz dividida em domínios, denominadas de Competências e habilidades gerenciais, Competências interprofissionais, Competências essenciais e Atividades profissionais confiáveis, está representada graficamente pela Figura 1.

Figura 1. Representação gráfica da matriz de um plano colaborativo de ensino e avaliação de aprendizagem – Programa de Residência multiprofissional em Fisioterapia Intensiva Pediátrica



Figura 1. Representação gráfica da matriz de um plano colaborativo de ensino e avaliação de aprendizagem – Programa de Residência multiprofissional em Fisioterapia Intensiva Pediátrica

O domínio de Competências e habilidades gerenciais foi garantido pelo descrito no COFFITO, que afirma que o profissional fisioterapeuta possui habilidades e competências em atividades de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde públicos e privados¹⁹. Assim, espera-se que o profissional especialista tome iniciativas, gerencie e administre a força de trabalho, de recursos físicos, de materiais e informação, assim como exerça liderança.

O segundo domínio, Competências interprofissionais, é caracterizado por itens relativos à educação e à atuação interprofissional. Sabe-se que a educação interprofissional constitui uma prioridade para a prática colaborativa na assistência e na promoção em saúde²³. Esse domínio se refere à capacidade de trabalhar em equipe, compreendendo os obstáculos dessa atuação, compartilhar funções, reconhecer as responsabilidades dos profissionais, expressar-se e comunicar-se com colegas, assim como praticar a escuta atenta a fim de aprender e realizar uma reflexão crítica²³.

O domínio de competências essenciais foi adaptado de Dempsey, Battel-kirk e Barry et al., o qual destaca competências mínimas para a formação de qualquer profissional da saúde, sendo considerado a base formativa⁷. O último domínio, denominado de APCS, foi caracterizado por tarefas técnicas profissionais da Fisioterapia^{19,20}. Esse domínio é considerado como ação-chave para uma abordagem dialógica de competência²⁴.

A abrangência dos comportamentos incluídos em cada um dos domínios evidencia a articulação teoria e prática, além de assumir a subjetividade individual e social às relações e aos contextos vivenciados¹². Assim, essa matriz é, para além de um instrumento avaliativo, um modelo de gestão do ensino e aprendizagem em Fisioterapia considerando todo o processo de acolhimento do residente fisioterapeuta, bem como um norteador das práticas

pedagógicas para o preceptor, reconhecendo que o trabalho do preceptor é uma atividade teórico-prática fundamental, que serve como ponto de partida para a formação de uma visão histórica e dialética do mundo²⁵.

Em busca de uma aprendizagem significativa, essa matriz propõe um processo de avaliação mais ativo¹³, pois ocorre por meio de uma autorreflexão do residente sobre a sua prática, assim como contribui para uma reflexão institucional sobre os recursos e planejamentos pedagógicos para o alcance do perfil profissional que favoreça a construção do fisioterapeuta para as demandas profissionais¹². Conforme Barradell, para a execução de um trabalho complexo no mundo dinâmico, os profissionais devem ser emocionalmente inteligentes, socialmente responsáveis, imaginativos, corajosos, capacitados e ainda reflexivos sobre a prática⁵. Assim, é necessário que, no processo de aprendizagem, o educando conheça a si mesmo, tanto sobre habilidades teóricas como profissionais, bem como perceba a contribuição da sua prática profissional⁵. Dessa maneira, mais que atribuir uma nota ou um conceito, essa matriz permite que o estudante identifique suas necessidades de aprendizagem e aprimoramento.

Em consonância com Freire (1978), citado por Souza²⁵, o profissional necessita de uma postura participativa e dialógica de “ver, ouvir, indagar e discutir”, além de clareza política na definição do que se produz, como produz, para quem se produz e para quem. Desse modo, a abordagem permite a compreensão das raízes dos problemas e as soluções efetivas e sustentáveis para eles, bem como fornece assistência a real necessidade das pessoas, promovendo justiça social²⁵.

A matriz proposta incorpora o conceito de avaliação participativa que, para além da quantificação e/ou progressão, assume o papel de orientadora do processo de aprendizagem, reconhecendo o protagonismo do aprendiz e sua responsabilidade pelo seu processo de aprendizagem. Para isso, todo processo avaliativo precisa ser dialógico, solidário, participativo, democrático e inclusivo. A avaliação participativa facilita a convergência entre o refletir e o agir, pois

permite que os sujeitos em construção – nesse caso, os residentes em Fisioterapia – sejam corresponsáveis no seu processo formativo²⁶. Por essa razão, o feedback do preceptor – compreendido como mediador – constituiu-se fundamental nesse processo. Para além de reconhecer o que fez ou não corretamente, o residente necessita ser capaz de perceber como poderia fazer melhor e aprimorar sua assistência. Dessa maneira, essa ferramenta cumpre com o que Sasaki, Teixeira e Guerra afirmam como principal função da avaliação: a de aprimorar a formação profissional¹⁶.

Residentes e preceptores em parceria no serviço de saúde, portanto, vivenciam uma aprendizagem significativa, a partir da troca de saberes, do incentivo à pesquisa, da reflexão sobre a prática e do estímulo ao trabalho colaborativo em equipe²⁷. O preceptor (profissional da prática) e o residente (profissional em formação) compartilham o ensinar e aprender a partir do intercâmbio de experiências, de reflexões sobre a prática e (re)construção do conhecimento em cenários reais da atenção à saúde. Como mediador no processo de aprendizagem, este precisa mobilizar saberes e estratégias que lhe permitam conduzir tal processo, pois não basta dominar o conhecimento especializado do conteúdo ou uma prática, é preciso saber ensinar de forma a ser compreendido. Assim, compreende-se que é necessário que o professor tenha expertise da prática pedagógica²⁸.

No âmbito do planejamento pedagógico, a avaliação assume importância estratégica, já que garante o feedback tanto para o residente quanto para o preceptor, permitindo realinhamento tendo em vista o alcance das competências esperadas. Para cumprir essa finalidade, a avaliação do processo de formação precisa estar focalizada nos aspectos relacionais, no desempenho do fazer disciplinar, no grau de responsabilização sanitária da categoria, no processo de trabalho, no território e no aprofundamento técnico-científico relacionado com o fazer específico da categoria no campo assistencial²⁹. Dessa maneira, a construção do plano conjunto

de avaliação não só incorpora as atividades profissionais confiáveis como também os domínios denominados de competências gerenciais, essenciais e colaborativas, reconhecendo que o processo de trabalho possui dimensões organizacionais, técnicas, sociais e humanas¹³.

A matriz proposta considera os comportamentos esperados para os residentes, tendo em vista sua trajetória formativa temporalmente, ou seja, residentes do primeiro ano (R1) e residentes do segundo ano (R2). Essa temporalidade reconhece que a aquisição das competências esperadas ao longo do percurso formativo se dá de maneira contínua e de forma crescente, bem como de forma individualizada. Ou seja, cada residente apresentará jornadas de aprendizagem próprias, bem como tempos distintos de aquisição das competências esperadas²⁰. Assim, a avaliação participativa em diferentes momentos permite que o residente acompanhe a sua evolução em uma autoavaliação. Essa prática avaliativa, apoiada na teoria da aprendizagem significativa de Ausubel, favorece a aprendizagem ao permitir que novos conteúdos sejam incorporados aos conteúdos prévios do aluno, adotando um significado dentro da sua estrutura cognitiva para além do automatismo e da aprendizagem mecânica³⁰. Também é um momento de partilhar, acolher e reconhecer os residentes a fim de criar as condições para um esse processo de aprendizagem³¹. Portanto, observa-se que é fortemente recomendado o diálogo direto entre residente e preceptor, visto que impacta positivamente na relação entre ambos, causando uma atmosfera favorável ao processo de ensino, assim como possui o caráter de tornar os objetivos de aprendizagem explícitos quanto possível, conforme a teoria de Carl Rogers³¹.

Na perspectiva do preceptor, o plano colaborativo pode auxiliar nas práticas pedagógicas, como uma ferramenta normeadora. Porém, é necessário destacar que a prática de preceptoria já possui desafios relatados, como: a terceirização e a instabilidade de contratos, os profissionais insuficientes para a demanda assistencial

e de ensino, a ausência de bolsas para preceptoria e, ainda, a preceptoria sendo uma atribuição somada à carga horário de trabalho usual¹⁰. Assim, a residência está inserida em diferentes locais com determinantes únicos; e, portanto, a adesão aos instrumentos de saúde pode ser impactada pelas diferentes condições de trabalho apresentadas. Para as diversas barreiras de aplicação do instrumento, sugere-se que, para além de capacitações regulares com os preceptores, o instrumento seja apresentado como uma ferramenta de comunicação dialética entre residente e preceptor, em uma relação mais horizontalizada e atuação colaborativa¹⁰.

Dessa maneira, a matriz de um plano colaborativo de ensino e avaliação de aprendizagem permite ao residente a autopercepção sobre o seu processo formativo durante a residência, assim como o reconhecimento do impacto da sua atuação dentro do cenário de prática. Para o preceptor, constitui-se em um recurso para o planejamento pedagógico, sendo um instrumento de acompanhamento sistemático da evolução do residente na construção de seu conhecimento, na definição da trajetória e na reorientação das experiências de aprendizagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento é uma contribuição para a educação em Fisioterapia, mas possui um potencial teórico para as demais categorias profissionais da saúde, assim como para diferentes contextos de formação de programas de residência na área da saúde. Como objetivos futuros, o instrumento apresentado passará por avaliação e validação interna e, em seguida, aplicação no campo de prática.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.
2. Silva LB. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *Revista Katálysis* 2018;21(1): 200–209
3. Oliveira, AMB., Medeiros, NT. fisioterapia na residência multiprofissional em saúde da família: relato de experiência. *Sanare - revista de políticas públicas* 2018; 17(2)
4. Johnston, C. et al. Recomendação brasileira de fisioterapia respiratória em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva* 2012;24(2):119-129
5. Barradell, S. From passenger to citizen—portraits of learning to be a physiotherapist. *Physiotherapy Research International* 2022: p. e1977
6. Sasaki, K., Machado, MLT., Aquilante, AG. Fisioterapia: análise de projetos pedagógicos de cursos públicos. *Cadernos ESP*, 2022;16(3):33–41
7. Dempsey, C., Battel-kirk, B., Barry, MM. The CompHP core competencies framework for health promotion handbook: workpackage 4. Galway: Executive Agency for Health Promotion and Consumers: National University of Ireland, 2011
8. Stewart, M. et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3 ed: Porto Alegre: Artmed, 2017
9. Santos, RB. et al. Reflective portfolio as an instrument of evaluation and self-evaluation in the teaching-learning process: Experience of the stricto sensu, graduate program of the master's degree in nursing at Pará State University and Federal University of Amazonas. *Research, Society and Development* 2021;10(4): e4610413295
10. Silva, CA, Dalbello-Araujo, M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *Saúde debate* 2019;43(123):1240–58
11. Rodrigues, CDS., Witt, RR. Mobilização e estruturação de competências para a preceptoria na residência multiprofissional em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde* 2022;20: e00295186
12. Marinho-araujo, CM., Rabelo, ML.

- Avaliação educacional: a abordagem por competências. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior* 2015; 20:443-466
13. Torres, RBS. et al. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 2019; 23: e170691
14. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº.2, de 13 de abril de 2012. Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de saúde. *Diário Oficial da União* 16 abr 2012; Seção I
15. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem, cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude, altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002, e dá outras providências
16. Pivatto, LF. et al. Dez anos da residência multiprofissional do complexo hospital de clínicas da universidade federal do paraná. *Cogitare Enferm* 2021;26: e76053
17. Coluci, MZO., Alexandre, NMC., Milani, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015;20(3): 925–936
18. Frank, JR. et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher* 2010; 32(8): 638–645
19. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução nº 402 de 03 de agosto de 2011.
20. Cate, OT. Guia Atualizado sobre Atividades Profissionais Confiáveis (APCs). *Revista Brasileira Educação. Medica* 2019,43(1): 712-720
21. Guerra-báez, SP. Una revisión panorámica al entrenamiento de las habilidades blandas en estudiantes universitarios. *Psicología Escolar e Educacional* 2019;23: p. e186464
22. Reeves, ScottWhy. We need inter-professional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2016;20(56):185-197
23. Organização Mundial Da Saúde (OMS). Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. *Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia. Recursos Humanos para a Saúde*. 2023
24. Lima, VV., Ribeiro, ECO. Abordagem dialógica de competência: pressupostos e percurso metodológico para a construção de perfis na área da Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu* 2022; 26:e210737
25. Souza, KR. Flores Da revolução: Notas Para Uma Pedagogia Do Trabalho Em Paulo Freire. *Trabalho, Educação E Saúde* 2023; 20:e00211173
26. Reibnitz, KS., Prado, ML. Inovação e educação em Enfermagem 2006. Florianópolis: Cidade Futura
27. Madruga, LMS. et al. O papel do fisioterapeuta na preceptoria de uma residência multiprofissional em saúde hospitalar. *Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia* 2017; 4(8).
28. Ribeiro, KRB., Prado, Marta L. The educational practice of preceptors in healthcare residencies: a study on reflective practice. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2014; 35(1): 161-165, 2014
29. Ceccim, RB. et al. Preceptoria e tutoria: ação docente nas residências em saúde. In: Ceccim et all (org) *Formação de Formadores para Residências em Saúde*. 1a ed. Rede UNIDA. Porto Alegre, 2018.
30. Pelizzari, A. et al. Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. *Revista PEC* 2002; 2(1): 37-42
31. Zimring, F. Carl Rogers. Recife: Fundação João Nabucom, Editora Massangana, 2010