

VOLUME 1

ATUALIDADES SOBRE A SAÚDE

Organizadores:

Alanderson Alves Ramalho

Tatiane Dalamaria



EDITORA
OMNIS SCIENTIA

VOLUME 1

ATUALIDADES SOBRE A SAÚDE

Organizadores:

Alanderson Alves Ramalho

Tatiane Dalamaria



Editora Omnis Scientia
ATUALIDADES SOBRE A SAÚDE
Volume 1

1ª Edição

Triunfo – PE
2021

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadores

Alanderson Alves Ramalho

Tatiane Dalamaria

Conselho Editorial

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Wendel José Teles Pontes

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Editores de Área – Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistentes Editoriais

Thialla Larangeira Amorim

Andrea Telino Gomes

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são
de responsabilidade exclusiva dos autores.**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

A886 Atualidades sobre a saúde [livro eletrônico] / Organizadores
AlAnderson Alves Ramalho, Tatiane Dalamaria. – Triunfo, PE:
Omnis Scientia, 2021.
280 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88958-33-9

DOI 10.47094/978-65-88958-33-9

1. Pandemia – Covid-19. 2. Educação em saúde. 3. Saúde
pública. I. Ramalho, AlAnderson Alves. II. Dalamaria, Tatiane.
CDD 610.7

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

O sistema de saúde, atualmente, enfrenta o avanço da morbimortalidade por Covid-19, suas consequências, além do aumento de agravos e doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis.

Neste sentido, a difusão de informações científicas adequadas em qualidade e tempo oportunos é primordial para promoção da saúde. O e-book “Atualidade sobre saúde” reforça a relevância da atualização em saúde por meio da Educação continuada e permanente em Saúde e confirma a importância da multidisciplinaridade e intersectorialidade do setor.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo 9, intitulado “COMPORTAMENTO SEXUAL DE PACIENTES COINFECTADOS HIV/SÍFILIS ATENDIDOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA NO NORTE DO BRASIL”.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	14
A PANDEMIA DA COVID-19 E SEUS IMPACTOS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL	
Juliana Soares Laudelino Santos	
Janielma Soares Laudelino	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/14-18	
CAPÍTULO 2.....	19
OS DESAFIOS DE EQUIDADE EM SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19 E AS FUNÇÕES DAS CIÊNCIAS SOCIAIS	
Arthemis Vieira Benevides Ferreira	
Luiz Henrique Abreu Belota	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/19-26	
CAPÍTULO 3.....	27
OS IMPACTOS DA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL	
Halana Lirena Naoma Lima de Oliveira	
Josimara do Nascimento	
Jesus Santiago Ramirez Gonzalez	
Hamona Tainara Tuane Lima de Oliveira	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/27-34	
CAPÍTULO 4.....	35
POTENCIAL USO DA SALIVA COMO RECURSO CONFIÁVEL PARA DIAGNÓSTICO E MONITORAMENTO DA INFECÇÃO POR SARS-CoV-2	
Suellem Maria Arrais de Oliveira	
Danilo Resende dos Santos	
Éric Ribeiro Silva	
Leydianne Leite de Siqueira Patriota	
Thiago Henrique Napoleão	
Lidiane Pereira de Albuquerque	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/35-45	
CAPÍTULO 5.....	46
O OLHO COMO ROTA DE TRANSMISSÃO DA COVID-19	
Thais Gomes Silva	
Jailma de Araújo Freire	
Marianna Cals Vasconcelos De Francesco	

Matheus Correia Lacerda
Natasha Stephanie Magalhães Rodrigues
Renato Brito Oliveira Martins
Juliana de Lucena Martins Ferreira
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/46-57

CAPÍTULO 6.....58
A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA NO
PACIENTE EM PÓS ALTA COVID-19: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Jessica Juliane Nascimento dos Santos
Antonia Nágila Ferreira Avelino
Lara Stephany Bezerra Pereira
Maria Islaine Portela de Miranda
Maria José Pereira de Araujo
Roberta Melo de Sousa
Samuel de Sousa Ribeiro
Vitória Régia Alves Mesquita
Francisca Alessandra da Silva Souza
Nataniel Lourenço de Souza
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/58-69

CAPÍTULO 7.....70
A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS SEQUELAS PÓS-
COVID-19: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Maria Juliana Vasconcellos Bragado
Francisco Gustavo Rodrigues de Melo
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/70-75

CAPÍTULO 8.....76
MUDANÇA NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO HIV NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Mariana Vieira Garcia de Carvalho
Bruna Rocha Soares de Almeida
Julian Reis da Silva
Silvano Araújo Ferreira Junior
Priscilla Itatianny de Oliveira Silva
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/76-83

CAPÍTULO 9.....84
COMPORTAMENTO SEXUAL DE PACIENTES COINFECTADOS HIV/SÍFILIS
ATENDIDOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA NO NORTE DO BRASIL

Carla Andréa Avelar Pires

Rhyan Meninea do Rego
Izaura Maria Vieira Cayres Vallinoto
Amanda Gabay Moreira
Luiz Lima Bonfim Neto
Julius Caesar Mendes Soares Monteiro
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/84-93

CAPÍTULO 10.....94
ABORDAGEM DO ENFERMEIRO ATRAVÉS DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA FRENTE
AS EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

Helton Camilo Teixeira
Gustavo Henrique Nery
Larissa Alves Simões
Raiana Almeida de Souza
Thayla Steffany Parente Conrado
Viviane Amorim Rodrigues
Lívia Letícia Aguiar Nery
Nádyla Marina França Souto
Renato Castro de Oliveira
Fabiana Ferreira Schumann
Midiã Quirino Roberto
Barbara Mayara Souza Vasconcelos
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/94-105

CAPÍTULO 11.....106
CONTRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO COMO MEDIADOR ENTRE O FAMILIAR E O
PACIENTE COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Helton Camilo Teixeira
Ana Cristina Rodrigues de Souza
Gustavo Henrique Nery
Lívia Letícia Aguiar Nery
Nádyla Marina França Souto
Raiana Almeida de Souza
Thayla Steffany Parente Conrado
Maison André Miranda Barbosa
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/106-117

CAPÍTULO 12.....118
AVALIAÇÃO DO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: ADAPTAÇÃO
TRANSCULTURAL DE UM QUESTIONÁRIO

Patrícia Lourdes Silva

Adriane Vieira
José Ricardo de Paula Xavier Vilela
Carla Aparecida Spagnol
Ester Eliane Jeunon
DOI:10.47094/978-65-88958-33-9/118-129

CAPÍTULO 13.....130

PROCESSO DE ENFERMAGEM SOB A LUZ TEÓRICA-METODOLÓGICA DE CALLISTA ROY APLICADO AO PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Carla Passos Almeida
Luciana Rodrigues Prata Santana
Allan Dantas dos Santos
Andreia Centenaro Vaez
Damião da Conceição Araújo
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/130-139

CAPÍTULO 14.....140

IMPACTOS DO USO ATIVO E PASSIVO DO CIGARRO POR GESTANTES NA SAÚDE INFANTIL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

José Maikon de Souza
Rafael Marabotti Fiorio
Renata Vilela de Almeida Gomes
Tiago Stancioli Tonoli
Victória Pagung
Mateus Gonçalves Prata dos Reis
Caio Lucas Franco Inocêncio
Isadora Cardozo Bragatto
João Lucas Bertoli Sepulchro
Marcela Souza Lima Paulo
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/140-148

CAPÍTULO 15.....149

REFLEXÕES SOBRE A GESTÃO DA CLÍNICA NO SUS: UM PERCURSO POR MEIO DO PORTFÓLIO REFLEXIVO

Sulyanne da Silva Ferreira
Adriana Barbieri Feliciano
Heloisa Cristina Figueiredo Frizzo
Sueli Fatima Sampaio
Luciana Nogueira Fioroni
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/149-159

CAPÍTULO 16.....	160
AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA: UM NOVO INSTRUMENTO	
Adriane Vieira	
Plínio Rafael Reis Monteiro	
Karla Rona da Silva	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/160-174	
CAPÍTULO 17.....	175
TENDÊNCIA TEMPORAL E AGLOMERADOS ESPACIAIS DE RISCO DA	
MORTALIDADE POR ACIDENTES DE MOTOCICLETA NO ESTADO DE SERGIPE,	
BRASIL: UM ESTUDO ECOLÓGICO	
Edilza Fraga Santos	
Thiago de Jesus Santos	
Carla Passos Almeida	
Allan Dantas dos Santos	
Andreia Centenaro Vaez	
Shirley Verônica Melo Almeida Lima	
Karina Conceição Gomes Machado de Araújo	
Damião da Conceição Araujo	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/175-185	
CAPÍTULO 18.....	186
A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR DIANTE DA TRIÁDE PACIENTE – FAMÍLIA	
– EQUIPE DE SAÚDE	
Juliana Soares Laudelino Santos	
Janielma Soares Laudelino	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/186-192	
CAPÍTULO 19.....	193
OFICINAS DE CONCEITOS SOBRE INTERPROFISSIONALIDADE NO SERVIÇO DE	
SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA BAHIA	
Claudia Feio da Maia Lima	
Aline de Souza Laranjeira	
Adson Silva França	
Carla Sande Lobo	
Marcia Jovelina de Jesus	
Tainá Santos Oliveira	
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/193-200	
CAPÍTULO 20.....	201
O CUIDADO DE SI NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: REVISÃO INTEGRATIVA	

Fábio Batista Miranda
Patrick Leonardo Nogueira da Silva
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão
Sônia Maria Alves da Silva
Francisca da Silva Garcia
Ana Carolina de Moraes Cruz
Antônia Evilânna Cavalcante Maciel
Hélio Holanda da Silva Silvério
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/201-215

CAPÍTULO 21.....216

A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE NOS IDOSOS: UMA LEITURA HOLÍSTICA ATRAVÉS DA ENFERMAGEM

Rogério de Moraes Franco Júnior
Thays Peres Brandão
Acleverson José dos Santos
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/216-226

CAPÍTULO 22.....227

UTILIZAÇÃO DE ARTEFATO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: TRILHA DAS FRUTAS

Sara de Andrade Frederico
Carlos Henrique Linhares Ripardo
Andréa Carvalho Araújo Moreira
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/227-234

CAPÍTULO 23.....235

CONSUMO DE ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS E PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE FUNCIONÁRIOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM SALVADOR, BAHIA

Vanessa Pereira Junqueira
Bárbara Lima Pessoa
Fernanda Teles Santos
Paula Carolina Santos Soledade
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/235-242

CAPÍTULO 24.....243

PERFIL COMPORTAMENTAL DE ESCOLARES COM HISTÓRICO FAMILIAR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

José Robertto Zaffalon Júnior
Keitha Jaine Sousa da Costa
Thayanara Mendonça Lima

Pedro Bruno Lobato Cordovil
Rosane Silva dos Santos
Gileno Edu Lameira de Melo
DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/243-254

CAPÍTULO 25.....255
ATUALIZAÇÕES NO TRATAMENTO DE DISPLASIA NO QUADRIL: OSTEOTOMIA PERIACETABULAR E ARTROSCOPIA

Aline Prates Correia
Kawan Moreira Santana
Mayra da Rocha Santos Freire
Ariel de Almeida Franco
Thiago Rodrigues Lisboa
Raério Rocha Leite
Lucia Friggi Pagoto
Thiago Regis Libório
Sérgio Silva de Freitas

DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/255-261

CAPÍTULO 26.....262
PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO EM MOTRICIDADE OROFACIAL PARA SÍNDROME DE DOWN: REVISÃO DE LITERATURA

Ariane de Assis Ramos
Gerlane Karla Bezerra Oliveira Nascimento

DOI: 10.47094/978-65-88958-33-9/262-275

AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA: UM NOVO INSTRUMENTO

Adriane Vieira¹;

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<https://orcid.org/0000-0001-7552-5491>

Plínio Rafael Reis Monteiro²;

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<https://orcid.org/0000-0002-5626-2945>

Karla Rona da Silva³.

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais.

<https://orcid.org/0000-0003-0495-789X>

RESUMO: os programas de residências em saúde são uma modalidade de educação permanente, desenvolvidos em instituições de saúde universitárias ou não, configurando-se como um curso de Pós-graduação *lato sensu*. O objetivo deste estudo é apresentar o processo de construção e validação de uma escala para autoavaliação de programas de residência em saúde. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e de natureza aplicada. Quanto ao objetivo se caracteriza com descritivo e procedimento adotado foi a pesquisa com survey transversal. Os procedimentos de avaliação da confiabilidade e validade interna mostraram elevada consistência e adequação das medições. Para o pré-teste do instrumento foram realizadas entrevistas e um painel de especialistas. O questionário contendo a escala foi respondido por 372 residentes médicos e multiprofissionais de três hospitais gerais, sendo um público federal, um público estadual e um privado sem fins lucrativos localizados em Minas Gerais. Após a análise fatorial exploratória a escala manteve 46 itens, distribuídos em três dimensões: dimensão ‘ensino-aprendizagem’ com 15 itens; dimensão ‘desempenho do preceptor’ com 14 itens; e dimensão ‘qualidade do programa e apoio pedagógico’ com 17 itens. Na análise descritiva as médias dos dois hospitais públicos foram inferiores as do hospital privado. A dimensão ‘qualidade do programa e apoio pedagógico’ apresentou média geral mais baixa, e a dimensão ‘ensino-aprendizagem’ a mais alta. O item com maior média foi ‘probabilidade de a residência melhorar o desempenho profissional’, indicando que os programas estão cumprindo com seu papel central.

PALAVRAS-CHAVE: Programa de residência em saúde. Instrumento de avaliação. Escala.

EVALUATION OF RESIDENCE PROGRAMS: A NEW INSTRUMENT

ABSTRACT: the health residency programs are a type of permanent education, developed in university health institutions or not, configuring itself as a post-graduation course. The objective of the study is to present the process of construction and validation of a scale for self-assessment of health residency programs. This is a study with a quantitative approach and an applied nature. As for the objective, stand out with descriptive and adopted procedure for a cross-sectional survey. The procedures for assessing the reliability and internal validity have high consistency and adequacy of the specifications.

For the pre-test of the instrument, a panel of experts was identified. The questionnaire containing the scale was answered by 372 medical and multiprofessional residents from three general hospitals, being a federal public, a state public and a private non-profit in Minas Gerais. After exploratory factor analysis, the scale resulted in 46 items, distributed in three dimensions: dimension 'teaching-learning' with 15 items; dimension 'preceptor performance' with 14 items; and 'program quality and pedagogical support' dimension with 17 items. In the descriptive analysis, averages of the two public hospitals were lower than those of the private hospital. The 'program quality and pedagogical support' dimension had the lowest average overall presentation, and the 'teaching-learning' dimension was the highest. The item with the highest average was 'probability of a residency improving professional performance', indicating that the programs being fulfilled are fulfilling their central role.

KEY-WORDS: Health residency program. Evaluation tool. Scale.

INTRODUÇÃO

Em um mercado competitivo, as organizações precisam capacitar seus funcionários para realizarem suas atividades com qualidade e comprometimento, de modo a alcançarem o desempenho máximo. No setor saúde não é diferente, o processo de ensino-aprendizagem tem como objetivo capacitar os profissionais para se adequarem às mudanças tecnológicas e proporcionarem atualizações necessárias na prática clínica (OCEN; FRANCIS; ANGUNDARU, 2017; PEREIRA-LIMA *et al.*, 2018).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a formação de recursos humanos passou a ser de sua competência e também ganhou destaque. Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), que assumiu a responsabilidade de formular políticas de gestão para a formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil, e em 2004 foi implantada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Desde então, o contínuo desenvolvimento e valorização dos profissionais da saúde representam um dos maiores desafios do SUS (LEMOS, 2016).

Dentre as modalidades de educação permanente em saúde (EPS) estão os programas de residências em saúde, desenvolvidos em instituições de saúde universitárias ou não (PINHO; GARCIA; NOGUEIRA-MARTINS, 2017).

Segundo Martins *et al.* (2016) a residência na área da saúde configura-se como um curso de Pós-graduação *lato sensu*. No Brasil ela surgiu por volta de 1945, na Universidade de São Paulo (USP), sob a denominação de internato, e foi instituída oficialmente pelo Decreto n. 80.281, de 5 de setembro de 1977, com a duração de 2 a 3 anos, dependendo da especialidade, sendo que o residente deve cumprir a carga horária de 60 horas semanais, com carga horária mínima de 2880 horas, com 80 a 90% desta sob a forma de treinamento em serviço, destinando-se 10 a 20% para atividades teórico-complementares (BRASIL, 1977; 2005).

O modelo expandiu-se em outras áreas da saúde, surgindo a Residência em Enfermagem em 1961, implementada pelo Hospital Infantil do Morumbi, na cidade de São Paulo (SP). A Lei n. 11.129 de 2005, no seu art.13 regulamentou as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), como estratégia de reorientação da atenção básica, norteadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir de necessidades e realidades locais e regionais. Os programas devem ter a duração mínima

de 2 anos, com 60 horas semanais, podendo ser ofertados para as profissões: biologia; biomedicina; educação física; enfermagem; farmácia; fisioterapia; fonoaudiologia; medicina; veterinária; nutrição; odontologia; psicologia; serviço social; e terapia ocupacional (SILVA, 2018a; BRASIL, 2005).

Dado o investimento em recursos governamentais, evidencia-se a necessidade de reflexão por parte dos gestores das instituições de saúde, que abrigam os programas de residência, acerca da eficácia dos currículos dos programas a fim de que os residentes alcancem as metas de ensino-aprendizagem e de qualidade assistencial.

Vasconcelos *et al.* (2015) e Pereira-Lima *et al.* (2018) consideram que a avaliação e o feedback são componentes fundamentais no processo de aprimoramento da educação do residente, permitindo identificar pontos fortes e fracos do programa, documentar o clima educacional e lhes dar voz na estrutura dos mesmos. Trata-se de potente dispositivo de problematização e de mudança do ensino e de acompanhamento da qualidade pedagógica, sendo ainda capaz de gerar mobilização pelo aperfeiçoamento educativos, de modo a fortalecer o compromisso social dos programas de residências. Os autores também consideram ser necessário desenvolver instrumentos completos e customizados às necessidades de cada programa.

A justificativa para a realização do estudo é a possibilidade de desenvolver um instrumento capaz de apontar potencialidades e limitações da educação realizada pelos programas de residência, a fim de oferecer subsídios para a tomada de decisão dos gestores, além de estimular o debate no meio acadêmico.

Na sequência deste trabalho apresenta-se o referencial teórico, a metodologia da pesquisa e os resultados obtidos, incluindo os procedimentos de construção e validação do instrumento com medidas de avaliação de programas de residência, e os resultados da avaliação realizada por 372 residentes.

METODOLOGIA

Esta pesquisa adotou a abordagem quantitativa e quanto a natureza classifica-se como aplicada. Quanto ao objetivo, o estudo caracteriza-se com descritivo e o procedimento adotado foi o survey transversal (BABBIE, 1999).

A escala criada e denominada de Avaliação de Programas de Residência em Saúde (APRS), seguiu especialmente o modelo proposto por Cunha, Vieira e Roquete (2013) e Vieira *et al.* (2017), sofrendo modificação nas denominações das dimensões, com o acréscimo de novos itens, levando em consideração também os trabalhos de Seelig, Dupre e Adelman (1995), Bellini, Shea e Asch (1997), Vasconcelos *et al.* (2015) e Pereira-Lima *et al.* (2018).

A APRS, contém 55 itens distribuídos em três dimensões: ensino-aprendizagem; desempenho do preceptor; qualidade do programa e apoio pedagógico (Tabela 1). Todas as perguntas foram escritas em forma de declaração. As opções de resposta foram formatadas como uma escala *Likert* de cinco pontos, com respostas variando entre: péssimo, ruim, regular, bom, muito bom.

Tabela 1: Dimensões, siglas e variáveis da escala APRS

Dimensão	Sigla	Descrição do item
Ensino-aprendizagem	AIP1	Assimilação do conteúdo ensinado
	AIP2	Utilidade do conteúdo ensinado
	AIP3	Estímulo para aplicar o conteúdo na prática clínica
	AIP4	Intenção de aplicar o conteúdo na prática clínica
	AIP5	Oportunidade de aplicar o conteúdo na prática clínica
	AIP6	Probabilidade de melhorar o desempenho na prática clínica
	AIP7	Probabilidade de melhorar a capacidade de trabalhar em equipe
	AIP8	Probabilidade de melhorar a integração entre as equipes
	AIP9	Capacidade de transmitir os conhecimentos a outros profissionais
	AIP10	Capacidade de transmitir os conhecimentos aos pacientes
	AIP11	Segurança no desempenho das atividades
	AIP12	Preparo para exercer a promoção da saúde
	AIP13	Entendimento do funcionamento do SUS
	AIP14	Geração de novos conhecimentos e procedimentos pelas equipes
	AIP15	Interação entre as especialidades da residência
	AIP16	Interação entre as equipes médicas e multiprofissionais
	AIP17	Comunicação do residente com o paciente
	AIP18	Reconhecimento da importância do residente
	AIP19	Valorização do residente
Desempenho do preceptor	DP1	Preparação para o exercício da atividade de preceptoria
	DP2	Domínio do conteúdo teórico e prático
	DP3	Uso de metodologias pedagógicas motivadoras
	DP4	Segurança no acompanhamento e orientação do residente
	DP5	Capacidade de esclarecer dúvidas
	DP6	Disponibilidade de tempo para a orientação
	DP7	Entusiasmo com a ação de educação
	DP8	Estímulo à autonomia do residente
	DP9	Respeito pelas ideias do residente
	DP10	Qualidade dos instrumentos de avaliação do ensino-aprendizagem
	DP11	Capacidade de comunicar o resultado da avaliação
	DP12	Correção e justiça na avaliação do desempenho do residente
	DP13	Utilidade do feedback
	DP14	Comportamento ético
Qualidade do programa e apoio pedagógico	OPA1	Qualidade do conteúdo programático
	OPA2	Clareza dos objetivos do programa
	OPA3	Relação entre os conteúdos e os objetivos do programa
	OPA4	Compatibilidade entre objetivos e necessidades do programa
	OPA5	Carga horária total do programa
	OPA6	Carga horária diária do programa
	OPA7	Carga horária teórica do programa
	OPA8	Carga horária prática do programa
	OPA9	Carga horária disponível para dedicação ao estudo teórico
	OPA10	Tempo para participação em aulas de outras especialidades
	OPA11	Material didático disponibilizado pelo programa
	OPA12	Material didático disponível na biblioteca
	OPA13	Instrumentos para avaliação do desempenho do residente
	OPA14	Instalações e equipamentos de apoio pedagógico
	OPA15	Valor da bolsa
	OPA16	Adequação das atividades práticas
	OPA17	Tempo dispensado à análise e discussão dos casos clínicos
	OPA18	Tempo gasto com atividades administrativas
	OPA19	Conforto das acomodações de descanso
	OPA20	Qualidade da alimentação fornecida
	OPA21	Qualidade das instalações do refeitório
	OPA22	Garantia da segurança pessoal dentro do hospital

Fonte: elaborado pelos autores.

Para realizar o pré-teste do instrumento seguiu-se as recomendações de Costa (2011), realizando-se um painel de especialistas e entrevistas com residentes. O painel de especialistas foi formado pelos coordenadores e subcoordenadores dos programas de residência totalizando quatro profissionais, e auxiliou na adaptação terminológica e contextual. O pré-teste aconteceu por meio de entrevistas realizadas com dez residentes, que foram solicitados a responder o questionário marcando um X na alternativa que não estava clara, ou seja, quando ele não compreendesse totalmente aquela afirmação. Na sequência foi realizada uma reflexão falada, para que os participantes sugerissem modificações na redação e possíveis retiradas de itens da escala. No entanto, nenhuma alteração significativa foi realizada após esse procedimento, a não ser ajustes de redação e de terminologias.

Para realização do *survey* os dados foram coletados em um único ponto no tempo (*cross-sectional*). Foram envolvidos na pesquisa três hospitais gerais, localizados no estado de Minas

Gerais, Brasil. O Hospital A é público e federal, o Hospital B é público e estadual, ambos possuem residência médica e multiprofissional. O Hospital C é privado, sem fins lucrativos e possui somente a residência médica. Todos eles são vinculados ao SUS.

Primeiramente realizou-se contato com os coordenadores das residências por mensagem eletrônica ou telefonema, solicitando autorização para aplicação do questionário nas salas de aula ou em locais de prática pré-agendados. A residência médica do Hospital A contava com 531 médicos residentes e a multiprofissional contava com 60 profissionais da saúde. No Hospital B havia 61 residentes médicos e 24 multiprofissionais. O Hospital C contava com 40 médicos residentes. O critério de inclusão era estar cursando a residência a pelo menos um ano. Não foram incluídos na amostra os residentes vinculados às coordenações que não responderam positivamente a mensagem ou ao telefonema e que não estavam nas salas de aula ou nos locais de prática previamente agendados.

Participaram da pesquisa 372 residentes, 81% residentes médicos e 19% multiprofissionais. Dos respondentes, 312 pertenciam ao programa de residência do hospital A, 31 ao Hospital B e 20 ao Hospital C.

Os dados foram coletados em outubro de 2017. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), com a finalidade de fornecer aos participantes informações sobre o estudo, garantir o sigilo das identidades e explicar que poderiam, sem constrangimento, interromper o preenchimento do instrumento de coleta de dados a qualquer momento. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob o CAAE 51490015.2.0000.5149.

Os dados dos questionários foram tabulados em planilha Excel e analisados por meio do software IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 20.0®, e Smartpls 2.1 e Microsoft Excel®, utilizando-se a estatística descritiva e multivariada.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O banco de dados do estudo era formado por 55 variáveis relacionadas aos três construtos de primeira ordem, além de mais sete variáveis de caracterização. A base de dados foi composta por 372 indivíduos, e nenhum deles apresentou mais de 10% de dados perdidos. Foram encontradas 84 observações em branco, nestes casos as células foram tratadas com a imputação pela média da variável.

Quanto à linearidade foram observadas 1331 de 1485 relações significativas ao nível de 5%, o que representa aproximadamente 89,63% das correlações possíveis, pela matriz de correlação de Pearson. Além disso, pelo teste de Bartlett foram observados valores-p inferiores a 0,05 em todos os construtos, identificando a existências de linearidades significativas (FÁVERO; BELFIORE, 2017).

Empregou-se também a variância média extraída conhecida como AVE (*Average Variance Extracted*), que representa o percentual médio de variância compartilhada entre o construto latente e seus itens. Para os construtos de segunda ordem também foi avaliada a validade discriminante (SARSTEDT; RINGLE.; HAIR, 2017) que garante a validade discriminante quando a AVE de um construto for maior que a variância compartilhada desse construto com os demais. A Tabela 2 apresenta as medidas e confiabilidade, validade convergente e dimensionalidade dos construtos da escala APRS.

Tabela 2: Confiabilidade, validade convergente e dimensionalidade dos construtos da escala APRS

Dimensões	Itens	AVE ¹	A.C. ²	C.C. ³	KMO ⁴	Dim. ⁵
Ensino-aprendizagem	15	0,40	0,89	0,88	0,88	1
Desempenho do preceptor	14	0,64	0,96	0,94	0,95	1
Qualidade do programa e apoio pedagógico	17	0,45	0,92	0,91	0,92	1

Fonte: elaborado pelos autores.

Nota = ¹ Variância Média Extraída; ²Alfa de Cronbach; ³Confiabilidade Composta; ⁴Medida de adequação da amostra; ⁵Dimensionalidade.

De acordo com a Tabela 1, todos os construtos apresentaram validação convergente, pois a AVE foi superior ou igual a 0,40. Eles também apresentaram *Alfa de Cronbach* (AC) e Confiabilidade Composta (CC) acima de 0,60, atendendo aos níveis exigidos de confiabilidade. O ajuste da AF se mostrou adequado para todos os construtos, uma vez que as medidas de KMO foram maiores ou iguais a 0,50 (SARSTEDT; RINGLE.; HAIR, 2017).

Para avaliação da validade era convergente foi utilizada a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), verificando-se a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis. Os valores dessa medida variam entre 0 e 1, e a utilização da AFE é adequada aos dados quando o KMO for maior ou igual 0,50, sendo que quanto mais próximo de 1 mais apropriada é a amostra à aplicação da AFE.

Por meio da análise fatorial exploratória (AFE) avaliou-se a dimensionalidade dos construtos, com o objetivo verificar a necessidade de exclusão de algum item que não estivesse contribuindo com a compreensão dos construtos.

A Tabela 3 apresenta a verificação das medidas de validade e qualidade dos construtos da APRS.

Tabela 3: Análise fatorial exploratória da escala APRS

Construtos	Itens	Modelo Inicial			Modelo Final		
		C.F. ¹	Com. ²	Peso	C.F. ¹	Com. ²	Peso
Ensino-aprendizagem	AIP1	0,65	0,42	0,10	0,68	0,46	0,11
	AIP2	0,60	0,37	0,09	0,63	0,39	0,11
	AIP3	0,72	0,51	0,11	0,74	0,55	0,12
	AIP4	0,59	0,34	0,09	0,61	0,37	0,10
	AIP5	0,61	0,38	0,09	0,63	0,40	0,11
	AIP6	0,61	0,37	0,09	0,63	0,40	0,11
	AIP7	0,63	0,40	0,10	0,64	0,41	0,11
	AIP8	0,67	0,45	0,10	0,66	0,43	0,11
	AIP9	0,64	0,41	0,10	0,66	0,43	0,11
	AIP10	0,63	0,39	0,10	0,63	0,40	0,11
	AIP11	0,61	0,37	0,09	0,62	0,38	0,10
	AIP12	0,55	0,30	0,08	0,52	0,27	0,09
	AIP13	0,25	0,06	0,04	-	-	-
	AIP14	0,63	0,40	0,10	0,64	0,41	0,11
	AIP15	0,57	0,33	0,09	0,56	0,32	0,09
	AIP16	0,59	0,35	0,09	0,57	0,33	0,10
	AIP17	0,51	0,26	0,08	-	-	-
	AIP18	0,47	0,23	0,07	-	-	-
	AIP19	0,50	0,25	0,08	-	-	-
Desempenho do preceptor	DP1	0,84	0,70	0,09	0,84	0,70	0,09
	DP2	0,79	0,63	0,09	0,79	0,63	0,09
	DP3	0,84	0,71	0,09	0,84	0,71	0,09
	DP4	0,80	0,63	0,09	0,80	0,63	0,09
	DP5	0,83	0,68	0,09	0,83	0,68	0,09
	DP6	0,77	0,59	0,09	0,77	0,59	0,09
	DP7	0,84	0,71	0,09	0,84	0,71	0,09
	DP8	0,80	0,65	0,09	0,80	0,65	0,09
	DP9	0,76	0,58	0,09	0,76	0,58	0,09
	DP10	0,81	0,66	0,09	0,81	0,66	0,09
	DP11	0,80	0,64	0,09	0,80	0,64	0,09
	DP12	0,81	0,66	0,09	0,81	0,66	0,09
	DP13	0,78	0,61	0,09	0,78	0,61	0,09
	DP14	0,69	0,48	0,08	0,69	0,48	0,08

	QPA1	0,66	0,44	0,08	0,70	0,48	0,09
	QPA2	0,62	0,39	0,08	0,64	0,41	0,08
	QPA3	0,73	0,53	0,09	0,76	0,58	0,10
	QPA4	0,70	0,49	0,09	0,74	0,54	0,10
	QPA5	0,75	0,56	0,09	0,76	0,57	0,10
	QPA6	0,76	0,58	0,09	0,77	0,59	0,10
	QPA7	0,72	0,52	0,09	0,74	0,54	0,10
	QPA8	0,56	0,31	0,07	0,56	0,32	0,07
	QPA9	0,76	0,59	0,09	0,77	0,59	0,10
	QPA10	0,68	0,47	0,08	0,67	0,45	0,09
Qualidade do programa e apoio pedagógico	QPA11	0,65	0,43	0,08	0,65	0,42	0,08
	QPA12	0,33	0,11	0,04	-	-	-
	QPA13	0,70	0,48	0,09	0,69	0,47	0,09
	QPA14	0,63	0,40	0,08	0,60	0,36	0,08
	QPA15	0,12	0,01	0,01	0,59	0,35	0,08
	QPA16	0,60	0,35	0,07	0,73	0,54	0,09
	QPA17	0,71	0,51	0,09	0,42	0,18	0,05
	QPA18	0,45	0,21	0,06	0,57	0,32	0,07
	QPA19	0,59	0,35	0,07	-	-	-
	QPA20	0,31	0,10	0,04	-	-	-
	QPA21	0,31	0,10	0,04	-	-	-
	QPA22	0,42	0,18	0,05	-	-	-

Fonte: elaborado pelos autores.

Nota = ¹ Carga Fatorial; ² Comunalidade.

No que tange a AFE, no construto Ensino-Aprendizagem a análise sugere que os itens AIP13, AIP17, AIP18 e AIP19 sejam retirados do modelo, uma vez que apresentaram carga fatorial inferior a 0,50. No modelo final, todos os itens desse construto apresentaram carga fatorial satisfatória.

No construto Desempenho do Preceptor todos os itens apresentaram carga fatorial satisfatória, ou seja, acima de 0,50 e permaneceram no modelo.

No Construto Qualidade do Programa e Apoio Pedagógico também existe a sugestão de retirada dos itens QPA12, QPA19, QPA20, QPA21 e QPA22, pois apresentaram carga fatorial inferior a 0,50. No modelo final todos os itens apresentaram carga fatorial satisfatória, com exceção do QPA17, porém, optou-se pela sua manutenção para não prejudicar a validação do construto.

Sobre o perfil da amostra, 56,86% residentes eram do gênero feminino e 43,14% do masculino; 81,27% pertenciam aos programas de residência médica e 18,73% aos de residência multiprofissional; 83,50% pertenciam ao programa de residência do Hospital A (público federal), 9,99% aos Hospital B (público estadual) e 6,51% ao Hospital C (privado). A idade média era de 29,29 anos.

A Tabela 4 apresenta a média, desvio padrão e intervalo de confiança dos itens de cada dimensão. Observa-se que a média da dimensão Ensino-Aprendizagem foi significativamente maior que as médias das demais dimensões; e que as três dimensões tenderam a positividade na escala.

Tabela 4: Média, desvio padrão e intervalo de confiança dos itens das dimensões da escala APRS

Dimensão	Itens	Descrição	Média	D. P.	I.C. - 95% ¹
Ensino-aprendizagem	AIP1	Assimilação do conteúdo ensinado	4,05	0,68	[3,98; 4,12]
	AIP2	Utilidade do conteúdo ensinado	4,53	0,64	[4,46; 4,59]
	AIP3	Estímulo para aplicar o conteúdo na prática clínica	4,31	0,82	[4,22; 4,39]
	AIP4	Intenção de aplicar o conteúdo na prática clínica	4,62	0,65	[4,55; 4,69]
	AIP5	Oportunidade de aplicar o conteúdo na prática clínica	4,13	0,85	[4,04; 4,21]
	AIP6	Probabilidade de melhorar o desempenho na prática clínica	4,69	0,58	[4,63; 4,75]
	AIP7	Probabilidade de melhorar a capacidade de trabalhar em equipe	4,43	0,80	[4,34; 4,51]
	AIP8	Probabilidade de melhorar a integração entre as equipes	4,20	0,88	[4,11; 4,28]
	AIP9	Capacidade de transmitir os conhecimentos a outros profissionais	4,14	0,73	[4,07; 4,21]
	AIP10	Capacidade de transmitir os conhecimentos aos pacientes	4,20	0,71	[4,13; 4,27]
	AIP11	Segurança no desempenho das atividades	3,84	0,79	[3,76; 3,91]
	AIP12	Preparo para exercer a promoção da saúde	3,96	0,82	[3,86; 4,03]
	AIP13	Entendimento do funcionamento do SUS	3,63	0,93	[3,52; 3,73]
	AIP14	Geração de novos conhecimentos e procedimentos pelas equipes	3,92	0,86	[3,83; 4,00]
	AIP15	Interação entre as especialidades da residência	3,70	0,99	[3,60; 3,81]
	AIP16	Interação entre as equipes médicas e multiprofissionais	3,65	0,99	[3,54; 3,75]
	AIP17	Comunicação do residente com o paciente	4,30	0,70	[4,22; 4,36]
	AIP18	Reconhecimento da importância do residente	3,46	1,24	[3,33; 3,59]
	AIP19	Valorização do residente	2,96	1,18	[2,84; 3,08]
		<i>Média da dimensão</i>	4,17	0,49	[4,12; 4,22]
Desempenho do preceptor	DP1	Preparação para o exercício da atividade de preceptoria	3,92	1,03	[3,82; 4,03]
	DP2	Domínio do conteúdo teórico e prático	4,24	0,84	[4,14; 4,32]
	DP3	Uso de metodologias pedagógicas motivadoras	3,43	1,08	[3,31; 3,54]
	DP4	Segurança no acompanhamento e orientação do residente	4,07	0,90	[3,98; 4,16]
	DP5	Capacidade de esclarecer dúvidas	4,04	0,89	[3,95; 4,13]
	DP6	Disponibilidade de tempo para a orientação	3,58	1,02	[3,48; 3,68]
	DP7	Entusiasmo com a ação de educação	3,61	1,00	[3,50; 3,71]
	DP8	Estímulo à autonomia do residente	3,84	1,01	[3,73; 3,94]
	DP9	Respeito pelas ideias do residente	3,76	1,00	[3,66; 3,85]
	DP10	Qualidade dos instrumentos de avaliação do ensino-aprendizagem	3,41	1,10	[3,30; 3,51]
	DP11	Capacidade de comunicar o resultado da avaliação	3,41	1,07	[3,30; 3,51]
	DP12	Correção e justiça na avaliação do desempenho do residente	3,60	1,04	[3,50; 3,71]
	DP13	Utilidade do feedback	3,46	1,11	[3,33; 3,57]
	DP14	Comportamento ético	4,18	0,92	[4,08; 4,27]
		<i>Média da dimensão</i>	3,75	0,80	[3,67; 3,83]

Qualidade do programa e apoio pedagógico	QPA1	Qualidade do conteúdo programático	3,87	0,95	[3,76; 3,97]
	QPA2	Clareza dos objetivos do programa	4,09	0,87	[4,00; 4,17]
	QPA3	Relação entre os conteúdos e os objetivos do programa	3,76	0,97	[3,66; 3,86]
	QPA4	Compatibilidade entre objetivos e necessidades do programa	3,71	0,98	[3,61; 3,81]
	QPA5	Carga horária total do programa	3,53	1,15	[3,42; 3,65]
	QPA6	Carga horária diária do programa	3,39	1,20	[3,27; 3,52]
	QPA7	Carga horária teórica do programa	3,40	1,21	[3,28; 3,53]
	QPA8	Carga horária prática do programa	3,85	1,08	[3,74; 3,96]
	QPA9	Carga horária disponível para dedicação ao estudo teórico	2,55	1,20	[2,43; 2,67]
	QPA10	Tempo para participação em aulas de outras especialidades	2,28	1,11	[2,17; 2,40]
	QPA11	Material didático disponibilizado pelo programa	2,87	1,27	[2,75; 3,00]
	QPA12	Material didático disponível na biblioteca	3,39	1,15	[3,26; 3,51]
	QPA13	Instrumentos para avaliação do desempenho do residente	3,19	1,01	[3,09; 3,28]
	QPA14	Instalações e equipamentos de apoio pedagógico	3,14	1,05	[3,03; 3,25]
	QPA15	Valor da bolsa	2,34	1,17	[2,22; 2,46]
	QPA16	Adequação das atividades práticas	3,71	0,83	[3,64; 3,80]
	QPA17	Tempo dispensado à análise e discussão dos casos clínicos	3,34	1,15	[3,23; 3,46]
	QPA18	Tempo gasto com atividades administrativas	2,53	1,22	[2,41; 2,65]
	QPA19	Conforto das acomodações de descanso	2,67	1,20	[2,56; 2,79]
	QPA20	Qualidade da alimentação fornecida	2,74	1,32	[2,60; 2,88]
	QPA21	Qualidade das instalações do refeitório	2,98	1,21	[2,86; 3,11]
	QPA22	Garantia da segurança pessoal dentro do hospital	3,42	1,16	[3,30; 3,54]
	<i>Média da dimensão</i>	3,31	0,74	[3,23; 3,38]	

Fonte: elaborado pelos autores.

Nota = ¹Intervalo de Confiança Bootstrap.

Na dimensão Ensino-Aprendizagem os testes estatísticos utilizados levaram à recomendação de eliminação dos itens: entendimento do funcionamento do SUS (AIP13); comunicação do residente com o paciente/usuário (AIP17); reconhecimento da importância do residente (AIP18); e valorização do residente (AIP19).

Quanto ao primeiro item (AIP13 – 3,63) é importante mencionar que os programas de residência em saúde foram redesenhados a partir dos anos 1990, para incluírem em seus conteúdos os princípios do SUS e da Estratégia de Saúde da Família, dentre eles o de integralidade à saúde, envolvendo ações de promoção da saúde, integralidade da atenção e acolhimento. Como alertam Vasconcelos *et al.* (2015), os programas de residência em saúde, mesmo que em hospitais, precisam fazer a devida ligação com a atenção básica, refletindo em suas propostas pedagógicas os princípios do SUS, considerando a diversidade de cenários de aprendizagem, além da realidade institucional e a local regional. Somente dessa forma os programas de residência podem se constituir em uma alternativa ao modelo biomédico hegemônico, no qual o corpo humano é fragmentado e analisado do ponto de vista de suas partes, e a prática médica limita-se a intervir física ou quimicamente para corrigir as disfunções, ao invés de ser compreendido como um sistema complexo e histórico, e interpretado por meio suas dimensões biofisiológico, psicológico, socioambiental e espiritual (WADE; HALLIGAN, 2017). Pelos motivos expostos, recomenda-se a permanência dos itens recomendados para exclusão e a realização de novas pesquisas e testes.

Em relação ao segundo item (AIP17 – 4,30), a comunicação do residente com o usuário é uma competência extremamente importante de ser desenvolvida, principalmente quando se almeja um modelo de cuidado holístico e centrado no acolhimento, e dessa maneira romper com o tradicional modelo biomédico. Razão pela qual também se considera importante a manutenção desse item da escala para novos testes.

A falta de reconhecimento da importância do residente e de sua valorização (AIP18 – 3,46; AIP19 – 2,69) são os itens com médias mais baixas, e por isto mesmo mais preocupantes. Historicamente, os programas de residência acabam por fornecer aos hospitais uma força de trabalho que facilita muito a dinâmica dos serviços, especialmente nas instituições públicas que historicamente carecem de quantitativo de funcionários (MARTINS *et al.*, 2016). O sentimento de não valorização pode advir da percepção de que eles estejam sendo utilizados como mão de obra barata, e que a organização não demonstre preocupação com seu bem estar e realização pessoal e profissional, podendo comprometer a qualidade de vida no trabalho e também a qualidade do serviço prestado (MOREIRA *et al.*, 2016). Pelos motivos citados também se considera necessária a manutenção desses itens para futuras avaliações.

Outros aspectos preocupantes nos programas de residência pesquisados porque apresentam médias mais baixas são: o sentimento de falta de segurança no desempenho das atividades (AIP11 – 3,84); fraquezas no entendimento do funcionamento do SUS (AIP13 – 3,63); falhas na interação entre as equipes médicas e multiprofissionais (AIP16 – 3,65); e entre as especialidades da própria residência médica (AIP15 – 3,70). Com alerta Vasconcelos *et al.* (2015), todos esses fatores podem comprometer a qualidade do atendimento prestado, e precisam ser considerados e postos em análise pela gestão dos programas de residência.

Por outro lado, as análises descritivas dos demais itens da dimensão Ensino-Aprendizagem apresentaram escores acima de 4,40 revelando que os residentes acreditam que o programa contribuirá para a melhoria do seu desempenho (AIP6 - 4,69), que o conteúdo ensino é útil (AIP2 – 4,53), que eles têm a intenção de aplicar o conteúdo na prática (AIP4 – 4,62), e que a residência pode contribuir para melhorar o trabalho em equipe (AIP7 – 4,43). Nesses aspectos, os programas estão cumprindo muito bem os seus papéis.

Na dimensão Desempenho do Preceptor não há recomendação para a eliminação de nenhum item. No que tange a análise descritiva o domínio do conteúdo teórico e prático por parte do preceptor (DP2 – 4,24) apresentou a maior média. As menores médias foram obtidas nos itens: qualidade dos instrumentos de avaliação de aprendizagem utilizados (DP10 – 3,41); capacidade de comunicar o resultado da avaliação (DP11 – 3,41); uso de metodologias pedagógicas motivadoras (DP3 – 3,43); e utilidade do feedback recebido (DP13 – 3,46). Esses dados evidenciam a necessidade de preparar os preceptores para realizarem as atividades de avaliação de desempenho dos residentes, desenvolvendo a capacidade de dar e receber feedback, de forma a fornecer continuamente informações para que os residentes percebam a distância entre o nível de aprendizagem em que se encontram e o nível desejável. Resultados semelhantes foram encontrados por Cunha, Vieira e Roquete (2013) e Vieira *et al.* (2017), em um hospital público municipal também do Estado de Minas Gerais.

Segundo Vasconcelos *et al.* (2015), o preceptor é aquele mais diretamente ligado ao cotidiano de trabalho do residente, o que justifica a sua avaliação. Ele tem papel muito importante na inserção

e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho, atuando como suporte para ajudar o novo profissional a adquirir os conhecimentos advindos da prática, até que este tenha mais confiança e segurança para realizar suas atividades diárias. A atuação pedagógica do preceptor deve ser fundamentada no diálogo, na participação, na reflexão crítica sobre a prática e no respeito ao saber dos educandos (SILVA, 2018a). No entanto, nem sempre eles trazem na bagagem preparo pedagógico para planejar e avaliar as atividades educativas, devendo receber capacitação para assumir essas novas responsabilidades (VIEIRA *et al.*, 2017).

Estudo realizado por Santos Filho, Sampaio e Braga (2016) também revelou fragilidades nos processos de preceptoria, em primeiro lugar quanto ao interesse e disponibilidade do profissional em exercer a função, e em segundo quanto à disponibilidade de tempo para a atividade de supervisão, indispensável para a criação de vínculo. Silva (2018b) também chegou a conclusão semelhante, identificando baixa inserção dos preceptores no processo de aprendizagem e poucas iniciativas de capacitação dos mesmos, bem como ausência de remuneração financeira ou outra modalidade de gratificação para as atividades de preceptoria desempenhadas.

Na última dimensão da escala APRS, Qualidade do Programa e Apoio Pedagógico, os testes recomendaram a exclusão dos itens: material didático disponível na biblioteca (QPA12); conforto das acomodações de descanso durante o plantão (QPA19); qualidade da alimentação fornecida pelo hospital (QPA20); qualidade das instalações do refeitório (QPA21); e garantia da sua segurança pessoal (QPA22).

No que se refere à análise descritiva, a dimensão Qualidade do Programa e Apoio Pedagógico teve a média geral mais baixa que as demais, por isso é que deve ser mais bem analisada. Os itens que mais contribuíram para a insatisfação dos residentes com os programas foram: tempo para dedicação em aulas de outras especialidades (QPA10 – 2,28); valor da bolsa de residência (QPA15 – 2,34); tempo gasto com atividades administrativas (QPA18 – 2,53); carga horária disponível para dedicação ao estudo teórico (QPA9– 2,55); conforto das acomodações de descanso (QPA19– 2,67); qualidade da alimentação fornecida (QPA20 - 2,74); material didático disponibilizado pelo programa (QPA 11 – 2,87); e qualidade das instalações do refeitório (QPA21 – 2,98).

Resultado semelhante foi observado por Bellini, Shea e Asch (1997) nas dimensões carga de trabalho (2,78; DP 0,39) e estilo de vida (2,96; DP 0,42), em função tempo gasto tentando acessar os resultados dos testes do paciente e solicitando exames, da quantidade não adequada de sono durante o plantão, e da falta de um suporte da área administrativa. De acordo com os autores, o contato com essas informações levou a gerência dos programas a reorganizarem os serviços, reavaliarem a responsabilidade do pessoal administrativo, e implementarem uma política rígida de dias de folga e horas de trabalho.

Resultado semelhante foi encontrado nos estudos de Seelig, Dupre e Adelman (1995), indicando correlações significativas entre estresse emocional e satisfação com a carga de trabalho. A realidade de trabalho nos hospitais públicos brasileiros, segundo Cunha, Vieira e Roquete (2013) e Vieira *et al.* (2017), é marcada ainda pela falta de insumos e equipamentos em quantidade e qualidade, gerando desgaste físico e emocional para os trabalhadores, que muitas vezes precisam recorrer à improvisação para trazer solução para o problema imediato do usuário.

É importante ressaltar que todas as respostas não favoráveis obtidas nessa última dimensão da escala elaborada e validada dizem respeito às condições de trabalho, que podem comprometer a qualidade do ensino-aprendizagem, bem como a saúde física e mental dos residentes, produzindo impactos negativos na qualidade da assistência prestada. Conclui-se, portanto, que cabe à coordenação dos programas encontrar soluções para essas situações, e também conscientizar os residentes para a necessidade de adesão às medidas de prevenção de riscos à saúde e de participação em programas de promoção da saúde, o que em última instância poderia minimizar o estresse e melhorar a qualidade de vida no trabalho.

CONCLUSÃO

A principal contribuição deste trabalho foi construir e validar um instrumento para a autoavaliação de programas de residência. O objetivo da autoavaliação é fornecer insumos para a autocrítica e desenvolvimento dos programas, afim de os ajudar no aprimoramento de suas propostas pedagógicas e metodológicas.

Os procedimentos de avaliação da confiabilidade e de validade interna da escala APRS mostraram elevada consistência e adequação das medições realizadas. A três dimensões da escala foram mantidas, e dos 55 itens iniciais foi sugerido a redução para 46. Não obstante, é importante ressaltar que são necessárias análises de teste-reteste para que confirmação das exclusões e da validade da escala.

A integração ensino-serviço é o pilar da formação em residência, uma vez que visa a qualidade da assistência prestada, a formação profissional e a satisfação dos trabalhadores. Os resultados da análise descritiva dos itens da escala APRS nos programas de residência médica e multiprofissional dos três hospitais apontaram para a necessidade de estabelecimento de estratégias para o fortalecimento dos programas, investindo-se principalmente na capacitação, formação e valorização dos preceptores, bem como na qualidade do programa, envolvendo melhoria das condições de trabalho e apoio pedagógico.

Sugere-se a realização de novos estudos para confirmação da validação da escala, bem como estudos que estabeleçam correlações entre os resultados obtidos por meio da escala APRS e outras escalas destinadas a avaliar a qualidade de vida dos residentes, o estresse e a síndrome de *burnout*, dado que as condições de ensino-aprendizagem impõem muitos desafios à manutenção da saúde física e mental dos residentes.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo financiamento da pesquisa.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

- BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de survey**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2001.
- BELLINI, L.; SHEA, J.A.; ASCH, D.A. A new instrument for residency program evaluation. **JAMAL Internal Medicine**, v.12, n.11, p.707-710, 1985.
- BRASIL. **Decreto Nº 80.281 de 5 de setembro de 1977**. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, 1977. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-80281-5-setembro-1977-429283-norma-actualizada-pe.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2021.
- BRASIL Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Lei nº 11.129/2005**. Brasília, 2005.
- COSTA, F. J. **Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração**. Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna, 2011.
- CUNHA, Y. F. R.; VIEIRA, A.; ROQUETE, F. F. Impacto da residência multiprofissional na formação profissional em um hospital de ensino de Belo Horizonte. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 5., 2013, Rio de Janeiro. **Anais....** Rio de Janeiro: Associação Nacional Dom Bosco, 2013.
- FÁVERO, L. P.; BELFIORE, P. **Manual de análise de dados: estatística e modelagem multivariada com Excel®, SPSS® e Stata®**. Elsevier Brasil, 2017.
- GOMES, E. R. et al. Psicólogos na residência multiprofissional em atenção básica: estudo a partir de documentos e sujeitos. **Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 271-282, 2017.
- LEMONS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 913-922, 2016.
- MARTINS, G. D. M. et al. Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 3, 2016.
- MOREIRA, A.P. et al. Avaliação da qualidade de vida, sono e síndrome de burnout dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde. **Medicina**, v.49, n.5, p. 393-402, 2016.
- OCEN, E.; FRANCIS, K.; ANGUNDARU, G. The role of training in building employee commitment: the mediating effect of job satisfaction. **European Journal of Training and Development**, v. 41, n. 9, p. 742-757, 2017.
- PEREIRA-LIMA, K. et al. Cross-cultural adaptation and psychometric assessment of a Brazilian-Portuguese version of the Resident Questionnaire. **PloS one**, v. 13, n. 9, p. e0203531, 2018.
- PINHO, L. M. G.; GARCIA, V. L.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Implantação da residência médica e multiprofissional em saúde da família em um município paulista: percepção de residentes da primeira turma (2014-2016). **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 19, n. 2, p. 106-114, 2017.
- SANTOS FILHO, E. J.; SAMPAIO, J.; BRAGA, L. A. A avaliação de um programa de residência multiprofissional em Saúde da Família e a comunidade sob o olhar dos residentes. **Tempus Actas de**

Saúde Coletiva, v. 10, n. 4, p. 129-149, 2016.

SARSTEDT, M; RINGLE, C. M.; HAIR, J. F. Partial least squares structural equation modeling. **Handbook of market research**, v. 26, p. 1-40, 2017.

SEELIG, C. B.; DUPRE, C. T.; ADELMAN, H. M. Development and validation of a scaled questionnaire for evaluation of residency programs. **Southern Medical Journal**, v. 88, n. 7, p. 745-750, 1995.

SILVA, L. B. Residência multiprofissional em saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**, v. 21, n. 1, p. 200-209, 2018a.

SILVA, L. S. **Residências multiprofissionais em saúde: uma proposta de instrumento de avaliação**. 2018, 203 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2018b.

VASCONCELOS, M. I. O. et al. Avaliação de programas de residência multiprofissional em saúde da família por indicadores. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, p. 53-77, 2015.

VIEIRA, A. et al. Contribuições da residência médica e multiprofissional de um hospital geral para a aprendizagem e prática profissional. In: SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO, 20., 2017, São Paulo. **Anais...** São Paulo: FEA-USP, 2017.

WADE, D T.; HALLIGAN, P. W. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. **Clinical Rehabilitation**, v. 31, n. 8, p. 995-104, C2017.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abordagem do enfermeiro 95, 97, 104
Acesso à saúde 14, 16, 19, 21
Ácido ribonucleico (rna) 76, 77
Acolhimento 95, 96, 104, 106, 119, 153, 154, 156, 169, 170
Adaptação transcultural 118, 121, 122, 127
Adolescentes 83, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 266, 268
Alimentação saudável 207, 227, 229, 233, 241
Alimentos industrializados 235, 237, 239, 240, 241, 250, 253
Alimentos ultraprocessados 235, 237, 241, 242
Ambiente hospitalar 186, 188, 189, 190, 191
Ansiedade 17, 27, 31, 32, 101, 112, 135, 136
Antropometria 235
Aprendizagem ativa 149
Artroscopia 255, 257, 259
Atenção à saúde de idosos 227
Atenção primária à saúde 70, 71, 74
Atividade curricular (ac) 149, 150
Atuação profissional 186
Atuação profissional do psicólogo 186
Ausência e/ou insuficiência de recursos 14
Autocuidado 17, 118, 126, 127, 133, 136, 152, 203, 205, 209, 212, 214
Autonomia pessoal 202

B

Biomarcadores 36, 37, 38, 41
Biomecânica 255, 257
Bronquiolite obstrutiva 130, 131

C

Campanhas preventivas 76
Características anatômicas específicas 262
Ciências sociais 19, 20, 21, 25
Complexidade de saúde 193, 195
Complicações da covid-19 70
Conceito de saúde 19, 33
Condições de vulnerabilidade 19, 24, 31
Condições sociais 15, 23, 262
Contato materno com tabaco durante a gestação 141
Coronavírus 14, 15, 18, 33, 34, 36, 43, 74
Cotidiano médico 46
Cotidiano social 46
Covid-19 7, 8, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 150
Covid-19 e as manifestações oculares 46, 48
Cuidado à saúde 83, 159, 193
Cuidado centrado no paciente 118, 119, 120, 121, 122
Cuidado da população idosa 227, 233
Cuidados de enfermagem 130, 132
Cuidados respiratórios 58, 60

D

Danos físicos da covid-19 70
Degradação das funções dos pulmões 130
Desenvolvimento 141, 145, 234, 255, 257, 265, 268
Desenvolvimento motor e cognitivo 262
Desigualdades sociais 19
Detecção do vírus sars-cov-2 24, 35
Dieta saudável 227
Dietas inadequadas 243, 250
Displasia do desenvolvimento do quadril (ddq) 255, 257
Displasia pélvica 255, 256, 258
Disseminação do vírus 21, 46, 53, 55
Doença crônica não transmissível 243
Doença pulmonar obstrutiva crônica (dpoc) 130, 131
Doenças crônicas 6, 138, 210, 228, 231, 236, 237, 239, 248, 252

E

Educação em saúde 73, 106, 126, 156, 198, 221, 223, 225, 227, 229, 230, 232, 233
Educação interprofissional 193, 195
Emergências psiquiátricas 95, 96, 97, 104
Encurtamento femoral 256, 257, 260
Enfermeiro 95, 97, 98, 107, 110, 111, 116
Enfisema 130, 131
Ensino-pesquisa-extensão e serviço 193, 197
Envelhecimento 76, 82, 202, 205, 214, 215, 216, 219, 221, 224, 225, 226, 267, 269
Envelhecimento populacional 201, 202, 209, 212, 214, 217
Enzima transcriptase reversa 76, 77
Epidemias 22, 23, 25, 27, 30, 31
Equidade em saúde 19, 20, 21, 23
Equipe de saúde 194
Escala 136, 145, 160
Estado nutricional 228, 234, 235, 237, 238, 239, 242
Estratégias de igualdade 14, 17
Estudantes 252
Estudo de validação 118
Exposição da gestante ao tabaco 140, 144, 145

F

Familiares no processo terapêutico 106
Fatores de risco 22, 85, 88, 131, 243, 245, 246, 247, 250, 251, 252, 253
Feminização 76
Fisioterapia 58, 60, 61, 64, 67, 68, 162, 260
Fonoaudiologia 262, 264
Formação profissional 101, 173, 193, 197, 200
Fortalecimento do sistema único de saúde (sus) 193
Frequência alimentar 235

G

Gestação 141
Gestão da clínica 149
Gestão do cuidado 149, 150, 151
Grupo de vírus 70, 71
Grupos terapêuticos 106

H

Hábitos alimentares 227, 229, 230, 236, 243
Hipertensão arterial sistêmica 231, 243, 244, 247, 251, 254
Hospitais públicos 160, 171
Hospital privado 118, 127, 160
Humanização 106, 156, 157, 189

I

Impactos econômicos 14, 16
Imunidade 37, 39, 40, 42, 78, 89, 266
Infecção da covid-19 70
Infecção sexual 84
Ingestão de calorias 235, 236, 237
Instituições de saúde universitárias 160, 161
Instrumento de avaliação 159, 160
Integridade de órgãos, sistemas e funções 59, 68
Interprofissionalidade 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200
Intervenção da psicologia 186
Isolamento social 14, 16, 17, 19, 21, 24, 25, 30, 33, 228

L

Limitação do fluxo aéreo 130, 131
Linfócitos tcd4 76, 86, 89, 90
Luxação do quadril 256, 258

M

Manutenção do emprego 14
Medicina social e urbana 19
Medidas de controle 15, 46
Mestrado profissional 149
Modelo de assistência 118
Monitoramento respiratório 58, 60
Motricidade orofacial 262, 263, 265, 268
Multiprofissionalidade 193, 195, 196, 197, 198, 199

N

Necrose avascular do fêmur 256
Nutrição adequada 227, 228

O

Oficinas educativas 193, 196
Oftalmologia 46, 48, 49, 50, 53, 55
Osteotomia 256, 258
Osteotomia periacetabular 255, 257
Osteotomias acetabulares 256, 260

P

Paciente bipolar 106
Pacientes pós-covid 19 59
Pacientes soropositivos 84
Padrões alimentares 235, 236
Pandemia 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 41, 42, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 56, 62, 67, 68, 70, 71, 150
Pandemia no cotidiano dos oftalmologistas 46
Panorama epidemiológico 76

Patologias 85, 86, 88, 89, 208, 211, 212, 231, 234, 250, 253, 255, 257
Perfil epidemiológico da aids 76
Pessoas socialmente vulneráveis 14
Política pública do sus 149, 157
População vulnerável socialmente 14, 78
Portfólio reflexivo 149, 150
Práticas de segurança 46, 53, 55
Práticas em saúde 149, 150, 151
Precauções clínicas 46, 48
Prevenção 47, 48, 252
Prevenção de complicações 130, 131
Prevenção do hiv 76
Problemas mentais 14
Procedimentos técnicos 95
Processo de ensino-aprendizagem 149, 151, 161
Processo de envelhecimento 203, 204, 205, 208, 209, 211, 212, 214, 217, 227, 232
Processo de sexualidade 216
Processo educacional 149, 151
Processo saúde-doença 19, 20, 86, 114, 134, 137, 203
Produtos industrializados 235, 236, 241
Profissionais da atenção primária à saúde 70
Profissionais de saúde 30, 31, 32, 33, 34, 37, 40, 41, 42, 47, 50, 51, 53, 72, 73, 82, 112, 118, 120, 123, 124, 125, 126, 127, 136, 147, 156, 186, 189, 191, 193, 194, 195, 196, 197, 199, 201, 206, 207, 218, 233
Profissional fisioterapeuta 59, 68
Programa de educação pelo trabalho para a saúde (pet-saúde) 193, 194
Programas de residência em saúde 160, 169
Promoção de saúde 17, 32, 130, 131
Proteoma salivar 36, 41
Psicologia 33, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 194, 205, 213

Q

Qualidade de vida 17, 60, 63, 64, 66, 67, 71, 73, 109, 113, 114, 131, 133, 147, 170, 172, 173, 203, 205, 209, 210, 212, 213, 221, 222, 225, 226, 227, 228, 229, 231, 232, 233, 234, 238, 257
Quantificação de imunoglobulinas 35

R

Reabilitação pulmonar 59, 60, 61, 62, 66, 67, 68
Reações emocionais 27, 32
Reconhecimento na democratização 14
Recursos financeiros 14
Relação terapêutica 95, 97, 98, 101, 102, 103, 104, 112, 113, 114
Residências em saúde 160, 161
Residentes médicos 160, 164
Resposta imune 35, 37, 39, 40, 42, 77
Retrovírus sars-co-v-2 27, 29
Risco de exposição 46

S

Saliva 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 47, 267, 269
Saneamento básico 14, 16, 23, 24, 25
Saúde de indivíduos e de populações 149
Saúde de mãe e filho 140
Saúde do idoso 202
Saúde infantil 141
Saúde mental da sociedade 27, 29
Saúde ocular 46, 48, 53

Sedentarismo 243, 248, 250, 251, 252
Sequelas 27, 58, 60, 64, 66, 68, 70, 71, 72, 73, 96, 187, 189, 257
Serviço ambulatorial 67, 193, 196, 197
Serviços especializados em saúde mental 106, 109
Serviços hospitalares 95, 97, 104
Sexualidade 108, 216, 218, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226
Sexualidade idosa 216, 218, 220, 222, 223, 224
Sífilis 84, 85, 91
Sífilis secundária 84, 87
Síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) 76, 77
Síndrome de down 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270
Síndrome pós-cuidados intensivos 70
Síndromes respiratórias agudas 70, 71
Sistema de informação de agravos de notificação (sinan) 76, 78
Sistema de saúde privado 19
Sistema de saúde pública 19
Sistema estomatognático 262, 263, 265
Sistema único de saúde 70
Sofrimento psicológico 27
Substituição dos alimentos 235, 236
Surtos epidêmicos 19, 23

T

Tabagismo 141
Teoria de enfermagem 130, 132
Terapêutica 95, 97, 103, 107
Testes de sífilis 84, 91
Trabalho interprofissional 193, 196
Transmissão do vírus 40, 46, 47, 53, 55, 89
Transprofissionalidade 193, 195, 196, 198
Transtorno afetivo bipolar 106, 108, 111, 115
Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (tdah) 141, 142
Transtornos de saúde mental 27, 32
Tratamento clínico de morbidades 227

U

Unidade de terapia intensiva 66, 70, 74
Unidades básicas de saúde 70
Uso materno ativo e passivo do tabaco 140, 142

V

Ventilação mecânica invasiva 67, 70
Vida do idoso 227, 234
Virilidade 216, 223
Vírus da imunodeficiência humana (hiv) 37, 40, 76, 85, 86



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 