



PPG ESA UEPA
ENSINO EM SAÚDE
NA AMAZÔNIA
MESTRADO E DOUTORADO



Luciana Maria Furtado Fernandes
Gabriela Farias
Ilma Pastana Ferreira

DESENVOLVENDO LÍDERES DE EXCELÊNCIA À GESTÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE



Hospital de Clínicas
GASPAR VIANNA



**DESENVOLVENDO LÍDERES
DE EXCELÊNCIA À GESTÃO
DE PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA EM SAÚDE**

Luciana Maria Furtado Fernandes
Gabriela Farias
Ilma Pastana Ferreira

**DESENVOLVENDO LÍDERES
DE EXCELÊNCIA À GESTÃO
DE PROGRAMAS DE
RESIDÊNCIA EM SAÚDE**



Nota

O conhecimento em ciências da saúde, impulsionado por novas pesquisas e pela experiência clínica em constante expansão, está sujeito a revisões e atualizações frequentes. As informações contidas neste livro, embora baseadas em fontes confiáveis e refletindo o estado da arte no momento da publicação, podem ser suplantadas por novos achados científicos ou por mudanças nas práticas clínicas. Diante da natureza dinâmica das ciências da saúde, o leitor assume um papel indispensável na busca pelo conhecimento atualizado e seguro. A consulta a outras fontes confiáveis, como periódicos científicos indexados e diretrizes clínicas, é fundamental para complementar e confirmar as informações aqui apresentadas. As ciências da saúde, em constante evolução, exigem do leitor uma postura ativa e crítica na busca pelo conhecimento. A informação médica, embora valiosa, deve ser sempre confrontada com outras fontes e discutida com profissionais de saúde qualificados, que podem fornecer orientação personalizada e segura.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) elaborada por
Editora Neurus – Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

F363d

Fernandes, Luciana Maria Furtado

Desenvolvendo líderes de excelência à gestão de programas de residência em saúde / Luciana Maria Furtado Fernandes, Gabriela Farias, Ilma Pastana Ferreira. – Belém: Neurus, 2026. Programa de Pós-graduação em Ensino em Saúde na Amazônia (PPGESA) da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Produto educacional em PDF

100 p.

ISBN 978-65-544-6434-5

DOI10.29327/5866461

Link de acesso: <https://doi.org/10.29327/5866461>

1. Gestão em saúde. 2. Liderança. 3. Produto educacional. I. Fernandes, Luciana Maria Furtado. II. Farias, Gabriela. III. Ferreira, Ilma Pastana. IV. Título.

CDD 362.1068

O conteúdo, os dados, as correções e a confiabilidade são de inteira responsabilidade dos autores.

Todos os direitos sobre este conteúdo são reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser copiada ou reproduzida, seja eletrônica ou fisicamente, por gravação, fotocópia, distribuição pela internet ou qualquer outro meio, sem a autorização expressa e por escrito da EDITORA NEURUS LTDA.

Editora Neurus
Belém/PA
2026

Editor-chefe
Tássio Ricardo Martins da Costa
Editora-executiva
Raynara Bandeira da Costa
Editora-técnica
Niceane dos Santos Figueiredo
Teixeira
Assistente editorial
Jobson da Mota Fonseca
Bibliotecária
Janaina Ramos

2026 by Grupo Editorial Neurus
Copyright © Grupo Editorial Neurus
Copyright do texto © 2026 Os autores
Copyright da edição © 2026 Grupo
Editorial Neurus
Direitos para esta edição cedidos ao
Grupo Editorial Neurus pelos autores
e organizadores.

Preparação: Os autores
Revisão: Os autores
Projeto gráfico do miolo: Os autores
Capa: Grupo Neurus
Imagens das capas e do miolo: www.canva.com

A fim de assegurar a qualidade e a confiabilidade do conteúdo publicado, todos os artigos submetidos a esta editora passam por um processo de revisão por pares, realizado por membros do Conselho Editorial. A avaliação é conduzida de forma anônima, garantindo a imparcialidade e o rigor acadêmico.

O Grupo Editorial Neurus preza pela ética e integridade em suas publicações, adotando medidas para prevenir plágio, falsificação de dados e conflitos de interesse. Qualquer suspeita de má conduta científica será rigorosamente investigada, com base em critérios acadêmicos e éticos.

CONSELHO EDITORIAL

Sting Ray Gouveia Moura	Doutor, Universidade Católica de Brasília (UCB). Brasil.
Adriana Letícia dos Santos Gorayeb	Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil.
Ana Caroline Guedes Souza Martins	Doutora, Fundação Oswaldo Cruz (INI-FIOCRUZ-RJ). Brasil.
Simone Aguiar da Silva Figueira	Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil.
Selma Kazumi da Trindade Noguchi	Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil.

Sarah Lais Rocha	Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil.
Suanne Coelho Pinheiro Viana	Mestra, Universidade Federal do Pará (UFPA). Brasil.
Anne Caroline Gonçalves Lima	Doutoranda, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil.
Isis Ataíde da Silva	Doutoranda, Universidade Federal do Pará (UFPA). Brasil.
Daniel Figueiredo Alves da Silva	Doutor, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil.
Elcilane Gomes Silva	Doutora, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil.
Alfredo Cardoso Costa	Doutor, Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil.
Renata Campos de Sousa Borges	Doutora, Docente na Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil.
Nathalie Porfirio Mendes	Mestra, Universidade Federal do Pará (UFPA). Brasil.
Leopoldo Silva de Moraes	Doutor, Universidade Federal do Pará (UFPA). Brasil.
David José Oliveira Tozetto	Doutor, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil.
Elisângela Claudia de Medeiros Moreira	Doutora, Universidade Federal do Pará (UFPA). Brasil.
Benedito do Carmo Gomes Cantão	Doutorando, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Brasil.
Vanessa Costa Alves Galúcio	Doutora, Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Brasil.
Ilza Fernanda Barboza Duarte Rodrigues	Doutoranda, Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Brasil.

SOBRE AS AUTORAS

Luciana Maria Furtado Fernandes

Enfermeira, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Cardiologia; Especialização em Unidade de Terapia Intensiva (UEPA). Coursou o Mestrado em Saúde Coletiva da Amazônia na Universidade Federal do Pará (UFPA). Doutoranda no Programa de Pós-graduação Doutorado Profissional em Ensino na Saúde na Amazônia da Universidade do Estado do Pará (PPGESA/UEPA). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em ensino, atuando principalmente nos seguintes temas: preceptoria, ensino, gestão, Terapia Intensiva e Planejamento. É Conselheira da UFPA atuando no CONSEPE. Atualmente servidora da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna e Hospital Universitário João de Barros Barreto. Pará, Brasil.

Gabriela Farias

Terapeuta Ocupacional, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Especialização em Reabilitação em Neurologia (UEPA); Especialização em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde (Sírio Libanês); Especialização em Preceptoria (Moinhos de Vento). Coursou Mestrado e Doutorado em Teoria e Pesquisa do Comportamento (UFPA). É Professora Adjunta da Universidade do Estado do Pará, atuando nas disciplinas de metodologia da pesquisa, prática em clínica II da infância e adolescência e estágio supervisionado em terapia ocupacional. É docente permanente do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde na Amazônia (PPGESA) da UEPA, com linha de pesquisa em Gestão e Planejamento em Ensino na Saúde na Amazônia. Tutora em Método Canguru pelo Ministério da Saúde. Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional da COREMU - UEPA/CCBS. Vice-presidente da Comissão Descentralizada de Residência Multiprofissional – CODEMU/PA. Trabalha

como servidora pública na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Pará, Brasil.

Ilma Pastana Ferreira

Enfermeira, Escola de Enfermagem Magalhães Barata da Fundação Educacional do Estado do Pará. Especialista em Enfermagem do Trabalho; Especialista em Administração Hospitalar à distância pelo Ministério da Saúde e Especialista em Processos Educacionais pelo Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês. Kursou Mestrado e Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Atuou como Enfermeira do Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará. É Professora Adjunta I da Universidade do Estado do Pará, atuando nas disciplinas, Metodologia da Pesquisa e Enfermagem Cirúrgica. É Professora-orientadora do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Ensino na Saúde na Amazônia (PPGESA) e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade do Estado do Pará e Professora Colaboradora no Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Gestão dos Serviços de Saúde da Fundação Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará (FHSCMPA). Atualmente é Vice-reitora da UEPA e Presidente da ABEn, Seção Pará. Pará, Brasil.

SOBRE OS CO-AUTORES

Gilson Oliveira Reis

Graduado em Administração, Universidade da Amazônia (UNAMA) com habilitação em RH. Mestrando em Saúde Coletiva na Amazônia do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva na Amazônia, Universidade Federal do Pará (PPGSCA-UFPA). Pós-Graduado *Lato Sensu* em Economía de la Salud y Farmacoeconomía - Universitat Pompeu Fabra. Barcelona, Espanha. Pós-graduado MBA em Gerência de Projetos para a Área Social pela Fundação Getúlio Vargas, FGV. Pós-graduado *Lato Sensu* em Administração Hospitalar, UNAERP. Atualmente é Conselheiro suplente do Conselho Regional de Administração (CRA-PA).

Marco Antonio Oliveira Silva

Fisioterapeuta. Especialista em qualidade e Segurança do Paciente Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). MBA em Gestão de Hospitais e Clínicas GAP/ Excelência Operacional em Saúde Einstein. Brasil.

Tárcio Sadraque Gomes Amoras

Mestre em Saúde Coletiva na Amazônia, Universidade Federal do Pará (UFPA). MBA em Gestão e Inovação nos Serviços de Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Especialista em Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente pelo Hospital Israelita Albert Einstein. Especialista em Cardiologia pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Enfermeiro no Núcleo de Planejamento da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV). Pará, Brasil.

DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PRODUTO

Origem do Produto	Produto educacional desenvolvido como resultado da Tese de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia (PPGESA), intitulada “Residência em saúde: os saberes e práticas para a gestão de programas sob a ótica dos coordenadores”.
Autora	Luciana Maria Furtado Fernandes.
Orientadora da Pesquisa	Prof ^ª . Dr ^ª . Ilma Pastana Ferreira.
Coorientadora da Pesquisa	Prof ^ª . Dr ^ª . Gabriela Farias.
Área do Conhecimento	Ensino em saúde.
Público-alvo	Coordenadores de Residência em Saúde.
Finalidade	Direcionar a execução de um curso teórico-prático sobre gestão, como tecnologia educacional, buscando melhorar a formação dos gestores de programas de residência em saúde, assim como, servir de base para a realização de cursos, treinamentos e oficinas aplicados à gestão para os gestores de programas de residência.
Estruturação do Produto	Elaborado a partir da análise de dados dos atores envolvidos na pesquisa. Estruturado pelas seguintes etapas: 1) apresentação da temática sobre gestão; 2) abordagem da metodologia pedagógica; 3) desenvolvimento metodológico do curso teórico e prático;

4) Avaliação do curso através de questionários aplicados por meio do *Google forms*.

Registro Padrão Internacional de Numeração de Livro - ISBN.

Disponibilidade Irrestrita, preservando-se os direitos autorais, bem como a proibição do uso comercial do produto.

Divulgação Em formato digital e em plataformas digitais e impresso.

Instituições envolvidas Universidade do Estado do Pará e Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

Idioma Português.

Cidade Belém-Pará.

País Brasil.

Editora Editora Neurus LTDA.

Ano 2026.

APRESENTAÇÃO DA OBRA

O propósito central desta obra é orientar a execução de cursos teórico-práticos sobre gestão, visando aprimorar a formação de coordenadores e gestores de programas de residência em saúde. O produto traz uma análise do papel do coordenador, que deve atuar tanto como gestor de processos — sendo responsável pelo desenho e monitorização do projeto pedagógico — quanto como gestor de pessoas, mediando as trajetórias de residentes e preceptores.

A obra sublinha a necessidade de transitar de uma chefia tradicional, focada no controle e na hierarquia, para uma liderança transformacional, que se fundamenta na inspiração, no estímulo intelectual e na consideração individualizada, promovendo um clima organizacional positivo.

Destaca, ainda, a gestão de conflitos, sugerindo que esse processo seja visto como oportunidade de desenvolvimento através da utilização de competências interpessoais e ferramentas como a Matriz de Análise de Conflito. No que concerne à comunicação, o manual destaca a sua importância crítica para a segurança do doente e a qualidade assistencial, observando que falhas na transmissão de informações são responsáveis por grande parte dos erros na saúde.

É enfatizada a adoção da Comunicação Não-Violenta (CNV), estruturada nos pilares da observação factual, identificação de sentimentos, articulação de necessidades e formulação de pedidos, como uma tecnologia social essencial para mediar tensões e criar ambientes de trabalho psicologicamente seguros.

O componente pedagógico foca-se no *feedback* formativo, diferenciando-o da avaliação somativa por ser um processo contínuo e focado no aprimoramento técnico e atitudinal. Logo, são apresentados diversos modelos estruturados para a sua aplicação, tais como a Técnica Sanduíche, o Método de Pendleton e o modelo SCI/SBI (Situação–Comportamento–Impacto), que ajudam a alinhar o desempenho do residente aos marcos de competência esperados.

Ademais, a obra disponibiliza ferramentas estratégicas de planeamento. A Matriz SWOT (ou FOFA) é apresentada como um instrumento de diagnóstico para identificar forças e fraquezas internas, bem como oportunidades e ameaças externas no contexto das residências.

Para a execução prática das melhorias identificadas, detalha-se o uso do Plano de Ação integrado ao ciclo PDCA e à metodologia 5W2H, que organiza intervenções respondendo a questões sobre o que será feito, porquê, onde, quando, por quem, como e a que custo. Portanto, este produto educacional fornece um referencial teórico e prático completo para a gestão estratégica e humanizada de programas de residência em saúde.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	14
GESTÃO E LIDERANÇA DE EXCELÊNCIA NO ENSINO E SAÚDE	
CAPÍTULO 2	31
COMUNICAÇÃO EFETIVA E ASSERTIVIDADE	
CAPÍTULO 3	44
FEEDBACK FORMATIVO COMO FERRAMENTA DE ENSINO	
CAPÍTULO 4	65
MATRIZ SWOT: ESTRATÉGIA DE DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO	
CAPÍTULO 5	75
PLANO DE AÇÃO E METODOLOGIA 5W2H: DIRETRIZES METODOLÓGICAS E FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA	
REFERÊNCIAS	86



CAPÍTULO

1

GESTÃO E LIDERANÇA DE EXCELÊNCIA NO ENSINO E SAÚDE

□ ASPECTOS INICIAIS

As Residências em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional) são modalidades de pós-graduação *lato sensu* fundamentadas na educação pelo trabalho, integrando dimensões teórico-práticas em campos específicos do conhecimento sanitário (Brasil, 2025).

Estruturados sob regime de dedicação exclusiva, esses programas demandam uma carga horária semanal de 60 horas e possuem periodicidade mínima estabelecida de 24 meses (Brasil, 2025; Gomes *et al.*, 2023), assim como:

A abrangência acadêmica dessas iniciativas contempla egressos de diversas graduações, incluindo áreas como Biomedicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Saúde Coletiva, além de outras competências das ciências biológicas e sociais aplicadas à saúde.

A gestão e o fomento para a implementação ou expansão dessas vagas ocorrem por meio da articulação entre o Ministério da Saúde, as instâncias gestoras das instituições de saúde e as Coordenações de Comissões de Residência Multiprofissional (COREMU).

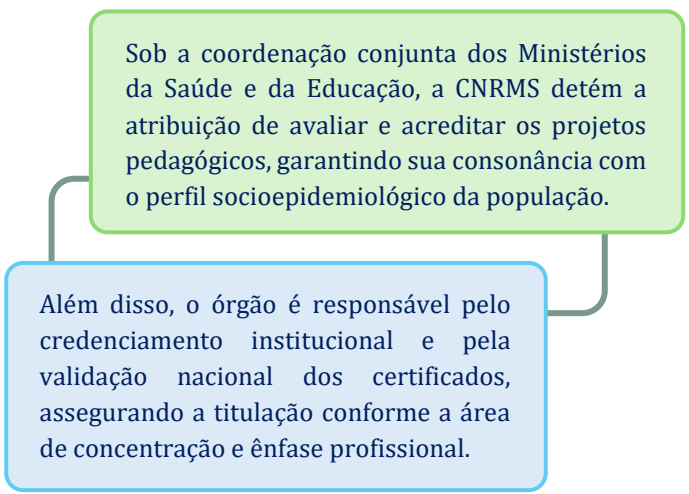
O propósito central de tais programas é incentivar a qualificação de especialistas em estrita consonância com as diretrizes e necessidades epidemiológicas do Sistema Único de Saúde (SUS), privilegiando áreas técnicas e regiões

geográficas consideradas estratégicas para o fortalecimento da rede pública (Brasil, 2025).

As modalidades de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde foram formalmente estabelecidas pela Lei nº 11.129/2005, fundamentando-se nos preceitos doutrinários e organizativos do SUS (Brasil, 2005).

A estruturação desses programas prioriza as especificidades locais e abrange o escopo de atuação das categorias profissionais elencadas na Resolução CNS nº 287/1998, tais como Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social, entre outras (Brasil, 2026).

Ademais, a gestão normativa desses programas compete à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), instituída pela Portaria Interministerial nº 1.077/2009 (Brasil, 2026):



Sob a coordenação conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação, a CNRMS detém a atribuição de avaliar e acreditar os projetos pedagógicos, garantindo sua consonância com o perfil socioepidemiológico da população.

Além disso, o órgão é responsável pelo credenciamento institucional e pela validação nacional dos certificados, assegurando a titulação conforme a área de concentração e ênfase profissional.

A excelência na gestão de programas de residência em saúde exige o desenvolvimento de lideranças capazes de articular processos formativos complexos, gerir pessoas em contextos de alta pressão assistencial e alinhar-se às normativas da CNRMS (Gomes *et al.*, 2023):

Nesse cenário, o coordenador de residência desponta como ator estratégico, cuja atuação deve ultrapassar a lógica de chefia burocrática e aproximar-se de um modelo de liderança transformacional, orientado à qualidade do cuidado, à formação crítica dos residentes e à sustentabilidade dos programas.

□ RESIDÊNCIAS EM SAÚDE E EXIGÊNCIAS DE GESTÃO

Os programas de residência em área profissional da saúde, nas modalidades uniprofissional e multiprofissional, são regulamentados como especializações em serviço, com carga horária mínima de 5.760 horas, forte componente prático-assistencial e preceitos de educação pelo trabalho (ABMES, 2014).

Tal conformação impõe à coordenação o desafio de integrar exigências assistenciais, pedagógicas e gerenciais, articulando instituições formadoras, cenários de prática e políticas indutoras do SUS.

A CNRMS, instituída por ato interministerial e normatizada por resoluções específicas, define parâmetros de organização, funcionamento, carga horária, avaliação dos residentes e atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), conferindo ao coordenador responsabilidade direta pela aderência do programa a esses marcos regulatórios (ABMES, 2014).

□ PAPEL DO COORDENADOR COMO GESTOR DE PROCESSOS

No âmbito da gestão de processos, o coordenador é responsável pelo desenho, implementação e monitoramento do projeto pedagógico, pela articulação entre módulos teóricos e cenários de prática e pela garantia de que as metodologias ativas sejam efetivamente incorporadas ao cotidiano formativo.

Outrossim, de acordo com Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, no Art. 8º, ao coordenador do programa compete (Brasil, 2012):

- I. fazer cumprir as deliberações da COREMU;
- II. Garantir a implementação do programa;
- III. Coordenar o processo de autoavaliação do programa;
- IV. Coordenar o processo de análise, atualização e aprovação das alterações do projeto pedagógico junto à COREMU;

V. Constituir e promover a qualificação do corpo de docentes, tutores e preceptores, submetendo-os à aprovação pela COREMU;

VI. Mediar as negociações interinstitucionais para viabilização de ações conjuntas de gestão, ensino, educação, pesquisa e extensão;

VII. Promover a articulação do programa com outros programas de residência em saúde da instituição, incluindo a médica, e com os cursos de graduação e pós-graduação;

IX. Promover a articulação com as Políticas Nacionais de Educação e da Saúde e com a Política de Educação Permanente em Saúde do seu estado por meio da Comissão de Integração Ensino-Serviço - CIES;

X. Responsabilizar-se pela documentação do programa e atualização de dados junto às instâncias institucionais locais de desenvolvimento do programa e à CNRMS;

Estudos recentes sobre gestão de programas de residência multiprofissional descrevem como desafios centrais (Gomes *et al.*, 2023):

- i. Fragilidade na integração entre ensino e serviço;

- ii. Resistência de equipes à problematização do processo de trabalho e;
- iii. Dificuldade de consolidar uma cultura de avaliação formativa.

Para enfrentar tais desafios, a literatura aponta a necessidade de o coordenador desenvolver competências em planejamento participativo, gestão da informação, uso de indicadores assistenciais e educacionais e mediação interinstitucional, reposicionando-se como gestor de processos de cuidado e de aprendizagem, e não apenas de fluxos administrativos (Gomes *et al.*, 2023).

□ PAPEL DO COORDENADOR COMO GESTOR DE PESSOAS

A gestão de pessoas nos programas de residência envolve o manejo de expectativas, conflitos e trajetórias formativas de residentes, preceptores, tutores e demais profissionais de saúde inseridos na rede de serviços.

Pesquisas em residências multiprofissionais evidenciam sobrecarga de preceptores, insuficiência de formação pedagógica, baixa valorização institucional e carência de suporte da gestão para o exercício qualificado da preceptoria, fatores que incidem diretamente na motivação das equipes e na qualidade do processo formativo (Delfino; Vinadé, 2024).

Nesse contexto, o coordenador precisa atuar como líder desenvolvedor, promovendo educação permanente, espaços de escuta qualificada, reconhecimento simbólico e, quando possível, incentivos institucionais à função docente - assistencial, favorecendo o engajamento e a corresponsabilização dos atores envolvidos (Delfino; Vinadé, 2024).

□ TIPOS E ESTILOS DE LIDERANÇAS

No cenário do cuidado, a liderança é compreendida como um fenômeno dinâmico de influência interpessoal, exercido em contextos coletivos que compartilham objetivos convergentes. Dada a sua complexidade e a diversidade de perfis de liderança observados na prática profissional, o tema constitui um objeto central de estudo na ciência da enfermagem (Morcelli *et al.*, 2024). Segundo a taxonomia proposta por Moraes *et al.* (2021), destacam-se as seguintes vertentes de liderança:

- **Liderança Autêntica:** Pauta-se na transparência e na integridade do líder, visando o reconhecimento do colaborador e a potencialização do desempenho sistêmico da equipe para a obtenção de desfechos clínicos favoráveis.
- **Liderança Transformacional:** Caracteriza-se pelo estímulo motivacional e inspiracional, engajando os profissionais a superarem metas convencionais e a buscarem a excelência operacional.

- **Liderança Coaching:** Foca na dimensão pedagógica do trabalho, utilizando o incentivo ao aprendizado contínuo como ferramenta para o aprimoramento de competências técnicas e o desenvolvimento psicossocial do liderado.
- **Liderança Ética:** Consubstancia-se na demonstração de condutas normativamente adequadas, fundamentadas em princípios morais que norteiam tanto as ações individuais quanto a qualidade dos vínculos interpessoais.
- **Liderança Clínica:** Manifesta-se pela articulação direta entre a gestão de processos e a prática assistencial à beira do leito, visando a melhoria da qualidade do cuidado e a segurança do paciente.

Nesse cenário, a relevância dos modelos de liderança reside em sua capacidade adaptativa de exercer influência sobre os liderados para a consecução de objetivos compartilhados.

Tais estilos elucidam a natureza da interlocução entre líder e equipe, demandando uma elaboração conjunta de estratégias que visem a maximização dos benefícios assistenciais e a mitigação de riscos incidentes sobre pacientes, profissionais, organizações e a comunidade (Cummings *et al.*, 2018).

Frequentemente segmentadas entre a orientação para as relações ou para a execução de tarefas, essas abordagens têm sido amplamente investigadas, visto que o

exercício de uma liderança resolutiva é imperativo para o enfrentamento das complexidades inerentes aos sistemas de saúde contemporâneos (Cummings *et al.*, 2018).

Abordagens de liderança fundamentadas nas dimensões relacionais e na valorização do capital humano, em detrimento de uma visão estritamente tecnicista e voltada para a execução de tarefas, configuram-se como determinantes na estruturação de um clima organizacional saudável.

No contexto da enfermagem, essa orientação intersubjetiva é imprescindível para garantir a sustentabilidade do ambiente laboral e a qualidade da prática assistencial.

Diferença entre chefia tradicional e liderança transformacional

A literatura em gestão e enfermagem distingue a chefia centrada em controle, hierarquia e foco em tarefas de modelos de liderança transformacional, que priorizam inspiração, empoderamento e desenvolvimento das pessoas (Abrantes *et al.*, 2025).

Enquanto a chefia tende a reproduzir relações verticalizadas, comunicando ordens e cobrando resultados de forma unidirecional, a liderança transformacional se caracteriza por: influência idealizada; motivação

inspiradora; estímulo intelectual e; consideração individual, promovendo clima organizacional positivo e maior autonomia das equipes (Fundação Dom Cabral, 2026).

Em continuidade, no modelo transformacional, a atuação do gestor é decomposta em quatro pilares fundamentais que buscam elevar a maturidade e o comprometimento da equipe (Fundação Dom Cabral, 2026):

- **Influência Idealizada (ou Carisma):** Configura-se como o protagonismo ético do líder, que atua como modelo de conduta para o grupo. Nesta dimensão, a autoridade é legitimada pela coerência entre o discurso e a prática assistencial ou administrativa, estabelecendo um padrão de excelência comportamental que os liderados tendem a emular por identificação e respeito aos princípios morais do gestor.
- **Estimulação Intelectual:** Refere-se à capacidade do líder de instigar o pensamento crítico e a criatividade entre os colaboradores. O líder transformacional fomenta um ambiente de segurança psicológica que encoraja proposituras inovadoras, desafia o status quo e permite a assunção de riscos calculados, tratando falhas eventuais como oportunidades de aprendizado e aprimoramento de processos.
- **Motivação Inspiradora:** Caracteriza-se pela articulação de uma visão de futuro envolvente e significativa. O gestor utiliza a comunicação simbólica e emocional para alinhar os propósitos individuais aos objetivos coletivos da organização,

conferindo sentido ao trabalho e elevando o nível de entusiasmo e engajamento da equipe frente aos desafios institucionais.

- **Consideração Individualizada:** Manifesta-se pela postura de mentor ou orientador, em que o líder reconhece a heterogeneidade da equipe. Ao identificar as necessidades, aspirações e limitações específicas de cada profissional, o gestor personaliza o suporte e as oportunidades de desenvolvimento, resultando em maior satisfação laboral e na otimização do desempenho global da organização.

Em contextos de residência, a predominância de práticas de chefia pode acentuar sentimentos de desvalorização entre preceptores e residentes, reforçar culturas punitivas e reduzir a disposição para inovar em metodologias de ensino-aprendizagem, ao passo que a liderança transformacional se associa a maior satisfação, engajamento e abertura à mudança (Vale; Biasi; Lucca, 2025).

Liderança transformacional na coordenação de residências

Os estilos de liderança transformacional em serviços de saúde correlacionam-se com a segurança do paciente, qualidade assistencial e satisfação das equipes multiprofissionais. A partir disso, destaca-se que (Gomes *et al.*, 2023):

Na coordenação de residências, essa abordagem implica co-construir o projeto pedagógico com preceptores e residentes, estimular reflexão crítica sobre o processo de trabalho, apoiar iniciativas inovadoras e reconhecer os sujeitos como protagonistas do cuidado e da formação.

Elementos como comunicação assertiva, *feedback* construtivo, negociação de metas e desenvolvimento de competências emocionais e relacionais tornam-se centrais para que o coordenador exerça influência positiva e sustentável sobre o coletivo, deslocando-se de um lugar de comando para um de liderança compartilhada.

□ **NORMATIVAS DA CNRMS E IMPLICAÇÕES PARA A LIDERANÇA**

As normativas da CNRMS estabelecem diretrizes para a organização e o funcionamento dos programas, incluindo composição e atribuições da COREMU, critérios de credenciamento de programas, requisitos de carga horária, estrutura pedagógica, avaliação e acompanhamento de residentes (Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da Universidade de São Paulo, 2018).

Resoluções como a CNRMS nº 05/2014, que define duração e carga horária, e a CNRMS nº 01/2015, que dispõe

sobre organização e atribuições da COREMU, reforçam a centralidade da gestão colegiada e da participação de diferentes segmentos na condução dos programas.

Para a coordenação, a apropriação analítica deste arcabouço jurídico e sua transposição para mecanismos operativos — como regimentos, projetos pedagógicos e protocolos de supervisão — constitui um requisito para o exercício de uma liderança institucionalmente legitimada.

Tal competência é essencial para harmonizar os imperativos regulatórios com as idiossincrasias dos cenários de prática.

□ GESTÃO DE CONFLITOS ENTRE PRECEPTORES E RESIDENTES

No âmbito da gestão de Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional), a mediação de conflitos constitui uma competência nuclear, visto que a gestão de tensões interpessoais é um fenômeno intrínseco ao cotidiano desses cenários formativos (Gomes *et al.*, 2023).

Em vez de serem interpretados sob uma ótica puramente negativa, os conflitos devem ser ressignificados pelo gestor como vetores de desenvolvimento profissional e pessoal para tutores, preceptores e residentes. Para tanto, a

implementação de estratégias de educação permanente e o fortalecimento do suporte institucional são fundamentais para o aprimoramento das capacidades de resolução de disputas (Martins *et al.*, 2020).

O exercício de uma gestão centrada no residente pressupõe o desenvolvimento de *soft skills**, como a comunicação assertiva e a escuta ativa, isenta de vieses ou juízos de valor.

A aproximação contínua entre a coordenação e os demais atores (residentes e corpo docente) é imperativa desde o acolhimento — momento crítico para o alinhamento de expectativas — até a conclusão do ciclo formativo. Essa presença dialógica atua como um mecanismo preventivo, facilitando a identificação precoce de ruídos relacionais e promovendo um ambiente de trabalho colaborativo (Gomes *et al.*, 2023).

A mitigação de tensões nos programas de residências está diretamente vinculada ao planejamento estratégico e ao reconhecimento das causas raízes dos problemas. A negligência quanto à subjetividade e à vivência dos profissionais envolvidos pode resultar em quadros de desmotivação, resistência passiva ou insurgências explícitas, comprometendo a integridade do programa (Silva; Aguiar, 2023).

*As competências transversais, frequentemente denominadas *soft skills*, compreendem um conjunto de atributos socioemocionais e padrões comportamentais intrínsecos ao perfil psicossocial do indivíduo.

*Tais habilidades fundamentam a eficácia da dinâmica relacional e a capacidade de autorregulação emocional, sendo determinantes para a qualidade da interlocução e da convivência em contextos coletivos.

Portanto, a escuta individualizada e o acolhimento das demandas dos diversos atores são essenciais para a manutenção da coesão grupal. Logo, para operacionalizar a gestão de crises, destaca-se a utilização de ferramentas metodológicas, como a Matriz de Análise de Conflito, que se estrutura em quatro pilares fundamentais (Gomes *et al.*, 2023):

- **Descrição Fenomenológica:** Identificação objetiva do conflito instalado.
- **Mapeamento de Tensões e Atores:** Caracterização das dinâmicas de poder, incluindo as perspectivas, interesses, posturas defensivas ou ofensivas, e a identificação dos recursos controlados pelos envolvidos.

- **Diagnóstico da Resposta Grupal:** Análise crítica sobre como o grupo lida com a situação (se por meio do enfrentamento dialógico ou da negação/evasão).
- **Proposição de Abordagens Resolutivas:** Identificação de novas estratégias de intervenção, respeitando-se os limites da governança institucional.

A evolução na abordagem dos conflitos requer o incentivo à participação coletiva na elaboração de marcos regulatórios. A construção colaborativa de regimentos internos e manuais do residente não apenas auxilia na resolução das situações identificadas pela matriz de análise, mas também fortalece o sentimento de pertencimento e a transparência organizacional (Silva; Aguiar, 2023).



CAPÍTULO 2

COMUNICAÇÃO EFETIVA E ASSERTIVIDADE

INTRODUÇÃO

A junção entre os componentes da equipe multiprofissional e a robustez dos fluxos informacionais são determinantes para a excelência assistencial e a mitigação de iatrogenias. Atualmente, a segurança do paciente é um dos desafios mais complexos na gestão em saúde, exigindo que as instituições priorizem estratégias que atenuem vulnerabilidades e garantam a integridade do enfermo (Sousa *et al.*, 2024).

Para consolidar uma assistência isenta de danos, é imperativo o cumprimento de protocolos padronizados e a manutenção de uma interlocução precisa entre os profissionais, visando o bloqueio de trajetórias de erro (Olino *et al.*, 2019).

Nesse cenário, a comunicação eficaz — em suas dimensões verbal e não verbal — é ratificada como uma das principais metas internacionais para a prevenção de eventos adversos evitáveis, atuando também como um dispositivo terapêutico central (Santos *et al.*, 2017). Por outro lado, a ausência de incentivo à dialogicidade interprofissional compromete a dinâmica do trabalho em grupo e degrada a qualidade do cuidado (Perkwoski *et al.*, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabeleceu diretrizes globais que priorizam a otimização da comunicação interprofissional (Olino *et al.*, 2019), conforme Figura 1.

Tal iniciativa fundamenta-se na evidência de que falhas na transmissão de informações são responsáveis por aproximadamente 70% dos erros assistenciais (Farias; Santos; Góis, 2018).

Figura 1 – Pilares fundamentais e protocolos assistenciais para a segurança do paciente.



Fonte: Desenvolvido pelos autores, 2026.

- **[1] Farmacoterapia Segura:** Representada pelo frasco de medicamento, remetendo à conferência de dosagens e vias de administração.
- **[2] Equipamentos de Proteção Individual (EPI):** A máscara facial simboliza as precauções padrão para o controle de infecções.
- **[3] Higienização das Mãos:** O ícone da torneira enfatiza a medida mais eficaz na prevenção de

Infeções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

- **[4] Antissepsia:** O uso de álcool em gel para a desinfecção rápida e constante.
- **[5] Cuidados com Lesões e Curativos:** Representado pelos curativos adesivos.
- **[6] Hemoterapia e Infusões:** A bolsa de sangue (tipo B) indica a segurança em processos transfusionais e administração de fluidos.
- **[7] Avaliação Clínica:** O estetoscópio simboliza o monitoramento contínuo e a vigilância do estado do paciente.

Portanto, a eficácia comunicativa transcende a operacionalidade técnica; ela é um recurso vital na relação entre profissional e paciente, capaz de reduzir o sofrimento psíquico, fortalecer o vínculo terapêutico e potencializar a recuperação clínica (Lacerda *et al.*, 2021).

Diante desse cenário, a comunicação efetiva constitui um pilar fundamental na tríade coordenador-preceptor-residente nos programas de residência em saúde, especialmente em ambientes hospitalares de alta complexidade, onde decisões rápidas impactam a segurança assistencial e a formação profissional (Sousa *et al.*, 2024).

IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO ASSERTIVA NA TRÍADE COORDENADOR-PRECEPTOR-RESIDENTE

A comunicação efetiva, caracterizada por clareza, empatia e bidirecionalidade, fortalece os vínculos na relação coordenador-preceptor-residente, promovendo *feedback* construtivo e alinhamento entre expectativas formativas e assistenciais (Castro; Alves; Serrão Júnior, 2024).

Em residências multiprofissionais, essa dinâmica facilita a mediação de conflitos, o desenvolvimento de competências interpessoais e a qualidade do cuidado integral, conforme evidenciado em relatos de experiências que enfatizam sua relevância para o sucesso do processo formativo (Brasil, 2019).

Preceptores qualificados em assertividade atuam como facilitadores, estimulando residentes a raciocinar criticamente e coordenadores a gerirem cenários complexos com maior eficácia.

A integração entre as equipes e a fluidez nos processos de diálogo em saúde constituem pilares decisivos para a excelência e a segurança assistencial. Segundo estimativas da OMS, aproximadamente 10% dos pacientes em âmbito global são vítimas de falhas evitáveis ou eventos adversos decorrentes da assistência (Brasil, 2019).

No cenário nacional, a comunicação eficaz foi consolidada como uma meta prioritária de segurança a partir da Portaria MS nº 529/2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

O intercâmbio de informações em equipes interdisciplinares é um determinante crítico para a confiabilidade do cuidado. Pesquisas indicam que lacunas comunicativas figuram entre os principais catalisadores de incidentes adversos, resultando diretamente na degradação da qualidade assistencial (Araujo *et al.*, 2017).

Para ser considerada efetiva, a comunicação deve ser tempestiva, fidedigna, integral e isenta de ambiguidades, assegurando que a mensagem seja plenamente decodificada pelo receptor. Tais interações, sejam orais, eletrônicas ou documentais, apresentam maior vulnerabilidade a erros em momentos críticos, como o reporte verbal de resultados laboratoriais de urgência (Brasil, 2019).

Visando a padronização e a clareza — elementos fundamentais de uma revisão técnica qualificada com foco em coesão e concisão — recomendam-se as seguintes diretrizes estruturais (Brasil, 2019):

- **Dimensão Não Verbal:** Requer atenção rigorosa ao uso de gestos, expressões faciais, postura e sinais paralinguísticos, uma vez que estes elementos são fundamentais para a interpretação da mensagem e a construção do vínculo profissional.
- **Dimensão Assertiva:** Deve ser pautada pela transparência, objetividade e respeito. O objetivo é garantir uma transmissão de informações direta e sincera, visando a resolutividade sem gerar constrangimentos interpessoais.

- **Estratégias para a Comunicação Documental e Escrita:**

- Assegurar o registro sistemático de todos os atos assistenciais no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou em formulários de contingência.
- Implementar recursos de identificação visual e escrita rigorosamente alinhados ao protocolo institucional de segurança na identificação do usuário.
- Garantir a coesão documental e o rigor redacional, restringindo-se ao uso de siglas e abreviaturas oficialmente padronizadas.
- Utilizar instrumentos estruturados, como a técnica SBAR (Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendação), para passagens de plantão, transferências de cuidados, visitas transdisciplinares e notificações de incidentes, assegurando a continuidade e a rastreabilidade da assistência.

BARREIRAS NA COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL

As barreiras institucionais à comunicação em programas de residência incluem hierarquias rígidas, sobrecarga assistencial, protocolos burocráticos e relações de poder assimétricas, que fragilizam o diálogo entre preceptores e residentes (Carús *et al.*, 2021).

Em contextos de alta complexidade, fatores como turnos fragmentados, rotatividade de residentes e ausência de protocolos padronizados agravam falhas na passagem de

plantão e na troca de informações técnicas, aumentando riscos de erros e insatisfação formativa (Witiski *et al.*, 2019).

Déficits em treinamentos interpessoais e ambientes culturalmente verticalizados perpetuam essas barreiras, demandando intervenções gerenciais para fomentar canais abertos e culturais colaborativos.

COMUNICAÇÃO NÃO-VIOLENTA EM ALTA COMPLEXIDADE

Modelos comunicacionais pautados na agressividade e no egocentrismo repercutem negativamente no clima organizacional, desencadeando percepções de abandono e humilhação que comprometem a higidez mental (Cury, 2017).

Em contraposição, a Comunicação Não-Violenta (CNV) estabelece um paradigma pautado na autorresponsabilidade e na integridade, em que a escuta ativa e a empatia facilitam a compreensão dos processos mentais do interlocutor e a regulação das próprias emoções (Toledo; Arenhart; Andrade, 2023).

A manutenção de ecossistemas laborais autoritários e punitivos, que inibem a transparência e a solidariedade em favor de uma competitividade deletéria, induz o colaborador ao isolamento defensivo ou à reatividade. Tais dinâmicas são precursoras de patologias emocionais, elevando significativamente os níveis de ansiedade e estresse ocupacional (Gameiro, 2020).

Nesse cenário, a CNV configura-se como uma tecnologia social eficaz para a mediação de conflitos,

permitindo conexões autênticas ao integrar as necessidades e sentimentos dos sujeitos (Moretti; Batista, 2020).

Figura 2 – Os 4 Pilares da Comunicação Não Violenta (CNV).



Fonte: Desenvolvido pelos autores, 2026.

Ao promover a humanização e a competência comunicativa, essa prática transcende o aspecto puramente técnico e consolida-se como um suporte emocional indispensável no campo da saúde e do ensino. A aplicação desse método, aliada ao rigor ético e ao controle de integridade, é fundamental para o desenvolvimento de habilidades sociais saudáveis e para a qualificação das interações acadêmicas e profissionais (Toledo; Arenhart; Andrade, 2023).

□ Fundamentos Teóricos da Comunicação Não Violenta (CNV)

A metodologia da Comunicação Não Violenta (CNV), conforme proposta por Rosenberg (2006), estrutura-se em quatro pilares procedimentais essenciais para a eficácia do diálogo:

- **Observação Factual:** O estágio inicial consiste na descrição fidedigna de fenômenos, dissociando a percepção objetiva de juízos de valor preestabelecidos. A amálgama entre observação e avaliação frequentemente precipita mecanismos de defesa e resistência no interlocutor, que interpreta a mensagem como uma crítica pessoal. A CNV não preconiza a neutralidade absoluta, mas exige a segregação cognitiva entre o fato ocorrido e a interpretação subjetiva do emissor.
- **Identificação de Sentimentos:** O segundo estágio foca no reconhecimento e na expressão das reações emocionais suscitadas pela observação, promovendo a diferenciação de afetos.
- **Articulação de Necessidades:** O terceiro pilar pressupõe a correlação entre os sentimentos e as necessidades humanas subjacentes, identificando quais demandas estão sendo negligenciadas ou atendidas. Essa etapa é crucial para a compreensão da satisfação individual e coletiva.
- **Formulação de Pedidos:** Por fim, o quarto passo envolve a proposição de ações concretas, expressas

de forma clara, objetiva e positiva, visando o atendimento das necessidades previamente identificadas.

☐ **Processamento Cognitivo de Mensagens Adversas**

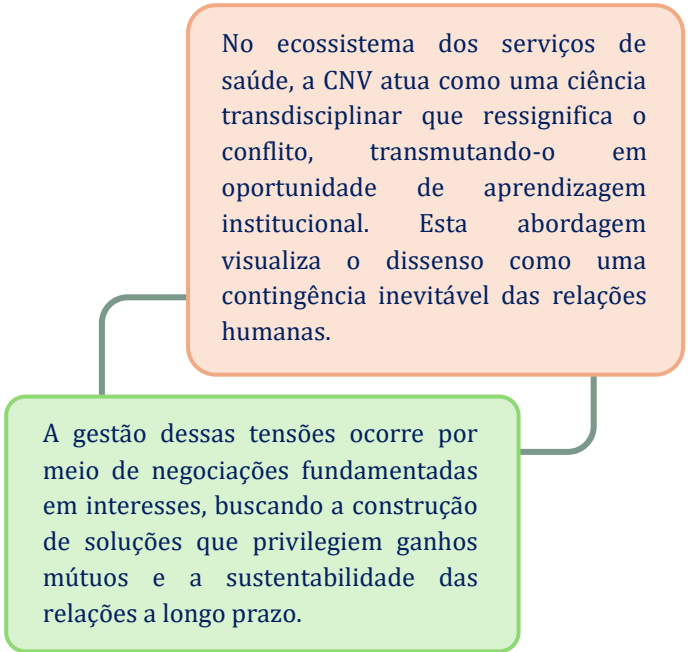
Ademais, Rosenberg (2006) sistematiza quatro padrões de recepção diante de estímulos comunicativos negativos:

- **Culpabilização Interna:** Aceitação do julgamento alheio acompanhada de autocrítica.
- **Externalização da Culpa:** Projeção da responsabilidade no interlocutor, geralmente mediada por afetos de raiva.
- **Autoempatia:** Exercício de escuta voltado à identificação das próprias carências e afetos.
- **Autorresponsabilização:** Reconhecimento e validação dos sentimentos do outro, mantendo a autonomia emocional.

☐ **A CNV como Estratégia de Gestão e Mediação em Saúde**

Em alinhamento às perspectivas de Lima (2020), a consciência emocional é um pressuposto para a dialogicidade. Os sentimentos são compreendidos como processos endógenos e íntimos, cuja compreensão

individual precede a capacidade de entendimento dos fenômenos coletivos.



No ecossistema dos serviços de saúde, a CNV atua como uma ciência transdisciplinar que ressignifica o conflito, transmutando-o em oportunidade de aprendizagem institucional. Esta abordagem visualiza o dissenso como uma contingência inevitável das relações humanas.

A gestão dessas tensões ocorre por meio de negociações fundamentadas em interesses, buscando a construção de soluções que privilegiem ganhos mútuos e a sustentabilidade das relações a longo prazo.

□ Considerações Finais

A implementação da CNV na governança em saúde gera benefícios sistêmicos, alcançando trabalhadores, gestores e, por extensão, os usuários do sistema. O emprego dessa ferramenta fomenta uma cultura de paz e alteridade, essenciais em cenários laborais de alta complexidade.

Considerando o desgaste psicossocial acentuado por crises sanitárias globais — como a pandemia de COVID-19 —, a adoção de práticas comunicativas humanizadas torna-se imperativa para a preservação da saúde mental das

equipes. A CNV resgata a dimensão ética da escuta ativa e da preocupação genuína com o outro, consolidando ambientes de trabalho psicologicamente seguros.

Por fim, as práticas de CNV catalisam o desenvolvimento de sujeitos empoderados e resilientes. Ao utilizarem a inteligência emocional com autorresponsabilidade, esses profissionais tornam-se aptos a mediar conflitos sem comprometer a harmonia interpessoal e a eficácia operacional do ambiente laboral.



CAPÍTULO

3

***FEEDBACK* FORMATIVO COMO FERRAMENTA DE ENSINO**

INTRODUÇÃO

O *feedback* formativo, entendido como processo dialogado, contínuo e prospectivo, constitui ferramenta central de ensino-aprendizagem na formação em saúde, pois possibilita ao residente identificar a distância entre o desempenho atual e o nível esperado de competência, oferecendo orientações específicas para o aprimoramento técnico e atitudinal, e não apenas um juízo somativo de valor (Kavya; Rangalyengar; Pitchandy, 2025).

Em currículos baseados em competências, o *feedback* é descrito como o principal elo entre avaliação formativa e aprendizagem significativa, contribuindo para a autorregulação, para o desenvolvimento do julgamento clínico e para a construção da identidade profissional, desde que seja intencional, tempestivo, centrado em comportamentos observáveis e alinhado a objetivos de aprendizagem claros (Lipnevich; Mattern; Feddock, 2025).

AVALIAÇÃO FORMATIVA E *FEEDBACK* NO ENSINO EM SAÚDE

A avaliação formativa caracterizada como um ciclo iterativo de diagnóstico e refinamento pedagógico. Este processo articula etapas interdependentes: a definição de objetivos de aprendizagem fidedignos, a diversificação dos instrumentos avaliativos, a oferta de retroalimentação operativa (*feedback*) e a reestruturação do ensino com base nas evidências coletadas (Schildkamp *et al.*, 2020). Tal arquitetura sistêmica permite o acompanhamento contínuo da trajetória acadêmica, fomentando a aprendizagem ativa e a consolidação de competências.

O componente de *feedback* exige um planejamento rigoroso, visto que sua eficácia transcende a mera transmissão de conteúdo ou o *timing* da entrega. A resolutividade desta prática está intrinsecamente vinculada à receptividade do estudante e à sua capacidade de transmutar as orientações recebidas em melhorias assistenciais concretas (Lipnevich; Smith, 2022).

Sob essa ótica, a investigação sobre como o discente processa e reage ao *feedback* constitui uma fronteira epistemológica no ensino em saúde, demandando uma análise holística que integre as dimensões comportamentais, cognitivas e afetivas (Fullerton *et al.*, 2022).

A compreensão dessas variáveis é imperativa para a estruturação de práticas avaliativas que sustentem a transição da educação médica para modelos curriculares baseados em competências (Mills *et al.*, 2023). Ademais, fundamentando-se em evidências contemporâneas, Kavya, Rangalyengar e Pitchandy (2025) propõem diretrizes operacionais organizadas em seis eixos críticos, desenhados para potencializar o desenvolvimento técnico-científico do aluno:

Quadro 1 – Diretrizes para avaliação formativa e *feedback* no ensino em saúde.

Categoria	Diretrizes
I. Princípios da avaliação formativa eficaz	Avaliação contínua e regular; Alinhamento com os objetivos de aprendizagem; Inclusão e equidade; Evidências de validade e eficácia.
II. Princípios do <i>feedback</i> formativo eficaz	<i>Feedback</i> oportuno; <i>Feedback</i> específico e; Abrangência tanto das áreas de melhoria quanto dos pontos fortes.

III. Métodos de avaliação formativa e <i>feedback</i>	Avaliação por pares; Simulações e exercícios práticos; <i>Feedback</i> escrito e verbal.
IV. Papéis do instrutor e do aluno	Instrutores como provedores de oportunidades de autorreflexão para os alunos; Instrutores como orientadores e facilitadores; Alunos como participantes ativos no processo de aprendizagem.
V. Aproveitando a tecnologia	Ferramentas e funcionalidades de avaliação online; Análise de <i>feedback</i> ; Uso ético da IA.
VI. Integrar a avaliação formativa e o <i>feedback</i> no currículo	Inclusão de perspectivas diversas e relevantes na área da saúde; Comunidades de prática e desenvolvimento profissional; Abordagem integrada, holística e longitudinal.

Fonte: Adaptado de Kavya; Rangalyengar; Pitchandy (2025).

I. Princípios da avaliação formativa

eficaz: A eficácia dos dispositivos de avaliação formativa fundamenta-se na periodicidade das intervenções e na fidedignidade do alinhamento entre os instrumentos e os objetivos de aprendizagem pretendidos. É imperativo que o desenho avaliativo considere a equidade pedagógica e a validade de construto, assegurando que os indicadores de progresso reflitam, de maneira fidedigna, a evolução das competências do discente.

II. Princípios do *feedback* formativo

eficaz: O aporte de retroalimentação (*feedback*) deve ser estruturado para transcender a correção, atuando como um suporte ao aprimoramento contínuo. A literatura enfatiza que a especificidade, a clareza e a oportunidade temporal (*timeliness*) são variáveis críticas para que o *feedback* oriente o estudante rumo à excelência técnica e ao desenvolvimento de uma mentalidade de crescimento (*growth mindset*).

III. Métodos de avaliação formativa e

***feedback*:** A diversificação das estratégias avaliativas — incluindo a avaliação por pares, as simulações clínicas e as devolutivas multimodais (escritas e orais) — potencializa a densidade do aprendizado. Tais métodos promovem a reflexão crítica, a colaboração interprofissional e a práxis, engajando o acadêmico em um ciclo de prática deliberada e autoavaliação.

IV. Papéis do instrutor e do aluno: O

processo formativo pressupõe uma reconfiguração de papéis: o docente assume o papel de facilitador da aprendizagem, instrumentalizando a avaliação como bússola pedagógica, enquanto o discente deve exercer sua agência. Isso implica na proatividade para o estabelecimento de metas, no monitoramento da própria trajetória e na aplicação metacognitiva do *feedback* recebido.

V. Integrar a avaliação formativa e o

feedback no currículo: A integração de ferramentas digitais e o uso de análise de dados (*Learning Analytics*) permitem a personalização do processo avaliativo. Sistemas de *feedback* baseados em dados robustos proporcionam insights em tempo real, elevando o engajamento estudantil e permitindo intervenções pedagógicas mais precisas e individualizadas.

VI. Integrar a avaliação formativa e o *feedback* no currículo: A integração sistêmica da avaliação formativa ao projeto pedagógico é fundamental para garantir a coerência curricular. A colaboração estreita entre os núcleos docentes de educação em saúde assegura que os mecanismos de avaliação e *feedback* estejam intrinsecamente vinculados aos objetivos de aprendizagem e às demandas reais da prática clínica, conferindo significância e aplicabilidade ao processo formativo.

PRINCÍPIOS DO *FEEDBACK* FORMATIVO EFICAZ

□ *Feedback* oportuno

A retroalimentação, ou *feedback*, constitui um pilar estruturante da avaliação formativa, oferecendo subsídios vitais sobre a performance discente e balizando o seu progresso educacional. Ao viabilizar orientações oportunas e pormenorizadas, essa prática favorece ajustes resolutivos e consolida um ecossistema de aprendizagem que incentiva o protagonismo do estudante em sua própria formação (Lipnevich; Smith, 2022).

A oferta imediata de *feedback* durante o ato avaliativo assegura o nexo causal entre a devolutiva e a ação realizada, facilitando a implementação de intervenções corretivas enquanto a experiência permanece consolidada na memória operacional. Essa celeridade intensifica a pertinência da orientação, solidificando a integração entre os pressupostos

teóricos e a operacionalização prática (Svendsen *et al.*, 2024).

Em contextos de alta complexidade e risco, evidenciou-se que o *debriefing* imediato subsequente a práticas de simulação resultou em avanços substantivos na competência procedimental, o que destaca o potencial transformador de respostas rápidas em cenários críticos (Svendsen *et al.*, 2024).

Em contrapartida, investigações em âmbitos educacionais gerais e organizacionais sugerem que a imediatidade não configura uma condição universal para a eficácia pedagógica. Determinadas tarefas podem ser beneficiadas por um feedback tardio, o qual proporciona ao discente um intervalo necessário para a autorreflexão e um processamento cognitivo mais denso acerca de seu desempenho (Fyfe *et al.*, 2021).

Em continuidade, o interstício temporal ideal para a retroalimentação é, portanto, contingente à natureza e à complexidade da atividade proposta (Fyfe *et al.*, 2021).

Quadro 2 – Estratégias de *feedback* baseadas na natureza das competências assistenciais e cognitivas.

Natureza da Tarefa	Tempo do Feedback	Impacto Educacional Esperado
Simple (Habilidades)	Imediato	Otimização da eficiência e correção técnica instantânea (Fyfe <i>et al.</i> , 2021).
Complexas (Raciocínio Clínico)	Tardio (Dias)	Estímulo à reflexão profunda e compreensão de princípios (Kavya; Rangalyengar; Pitchandy, 2025).

Fonte: Desenvolvido pelos autores, 2026.

Em domínios de alta exigência cognitiva, como o raciocínio clínico, a dilatação temporal do *feedback* —

abrangendo um período de alguns dias — tende a demonstrar maior eficácia. Esse intervalo permite a ponderação analítica e uma compreensão holística dos princípios que fundamentam a prática clínica (Kavya; Rangalyengar; Pitchandy, 2025).

A existência desse período reflexivo qualifica a capacidade do estudante de avaliar criticamente seu próprio raciocínio, integrando as orientações de maneira substantiva em práxis futuras. Por conseguinte, é imperativo adotar uma estratégia diferenciada quanto à temporalidade do feedback, customizando-a conforme a tarefa e as demandas individuais para maximizar o impacto pedagógico (Van der Kleij; Feskens; Eggen, 2015).

□ **Feedback específico**

A densidade informativa da devolutiva é um elemento crítico para a promoção de mudanças qualitativas no desempenho discente (Kavya; Rangalyengar; Pitchandy, 2025):

Observações de caráter genérico — a exemplo de "bom desempenho" ou "necessidade de aprimoramento" — apresentam eficácia limitada no fomento a transformações substantivas na prática assistencial.

Em contrapartida, o aporte de informações pormenorizadas, que identifiquem falhas pontuais e articulem táticas corretivas, atua como um catalisador para a evolução técnica.

A literatura demonstra que o feedback direcionado, caracterizado pela especificação da natureza dos erros e pela proposição de sugestões práticas, apresenta resultados superiormente eficazes na otimização dos desfechos de aprendizagem quando comparado a comentários vagos ou excessivamente abrangentes (Audétat *et al.*, 2013).

No contexto dos Exames Clínicos Objetivos Estruturados (OSCE), a utilidade da intervenção pedagógica manifesta-se na capacidade de diagnosticar lacunas precisas durante atividades de anamnese. Um *feedback* resolutivo deve apontar dificuldades específicas, tais como (Audétat *et al.*, 2013):

- A inobservância de indícios clínicos relevantes (*clues*);
- O encerramento diagnóstico prematuro;
- A prescrição de estratégias operacionais direcionadas para a resolução de tais inconsistências.

Este nível de detalhamento técnico cumpre uma dupla função: além de delimitar com clareza as expectativas institucionais, fortalece a autoeficácia e a percepção de competência do estudante, aumentando sua confiança na viabilidade do próprio aprimoramento profissional.

□ Abrangência das áreas que precisam de melhoria e dos pontos fortes

A retroalimentação proficiente caracteriza-se por sua natureza essencialmente prospectiva (*feedforward*), atuando como um mecanismo para mitigar a disparidade entre a performance atual do discente e os objetivos de aprendizagem pretendidos. Em vez de circunscrever-se à análise de falhas pregressas ou a elogios descontextualizados, o *feedback* deve instrumentalizar o estudante com diretrizes operacionais para o aprimoramento contínuo de seus conhecimentos e competências (Máñez *et al.*, 2024).

Embora modelos como o "*feedback* sanduíche" — que intercala observações críticas entre camadas de comentários positivos — ainda sejam referenciados na literatura, sua eficácia tem sido amplamente questionada. Evidências sugerem que essa técnica pode induzir a uma diluição da clareza informativa, comprometendo a percepção de sinceridade e a capacidade de execução das medidas sugeridas (Orsini *et al.*, 2022).

Ademais, o enquadramento artificial pode levar o educando a uma superestimativa de seu desempenho com base nos elogios iniciais, obscurecendo oportunidades críticas de melhoria. Pesquisas ratificam que o aprendizado é potencializado por meio de intervenções diretas e específicas, que enfoquem áreas de desenvolvimento sem o uso de estruturas paliativas (Lipnevich *et al.*, 2023).

A adoção de uma abordagem transparente e objetiva fomenta a autorresponsabilização do discente por seu progresso acadêmico, estabelecendo um diálogo mais substancial entre preceptor e aluno. A retroalimentação configura-se, portanto, como um processo dinâmico que

exige rigor na definição do momento oportuno, na especificidade do conteúdo e na abrangência tanto das potencialidades quanto das fragilidades observadas (Kavya; Rangalyengar; Pitchandy, 2025).

A eficácia do *feedback* está intrinsecamente vinculada à sua adaptabilidade às necessidades individuais do estudante e à complexidade inerente à tarefa executada.

Ao integrar as evidências científicas sobre a ordem de apresentação e a natureza das informações, os educadores podem otimizar o impacto pedagógico, promovendo ganhos imediatos de performance e assegurando o desenvolvimento de habilidades clínicas de longo prazo.

FEEDBACK FORMATIVO E SOMATIVO

O *feedback* pode ser categorizado em duas dimensões principais quanto à sua organização: formal e informal. O *feedback* formal caracteriza-se como uma intervenção pedagógica programada, a exemplo das avaliações periódicas estruturadas (Genyo, 2026).

Em contrapartida, o *feedback* informal ocorre de maneira assistencial e oportuna, surgindo em resposta a

eventos educacionais específicos no ambiente clínico, como após a execução de um procedimento técnico. Adicionalmente, quanto à sua finalidade, o *feedback* classifica-se em (Molins; Martinez, 2021):

- **Formativo:** Geralmente ofertado de forma sincrônica ou imediatamente após o ato educativo, focando no aprimoramento de habilidades e comportamentos específicos durante o processo de aprendizagem.
- **Somativo:** Realizado ao término de um ciclo ou estágio, fornecendo um diagnóstico conclusivo sobre o desempenho global e a proficiência do discente.

□ Estruturas Técnicas e Metodologias de Aplicação

A educação baseada em competências fundamenta-se na fidedignidade desses processos avaliativos. Para operacionalizar essa prática, a literatura propõe diversas técnicas estruturadas (Molins; Martinez, 2021):

- **Técnica Sanduíche:** Amplamente difundida, consiste em intercalar uma crítica construtiva entre dois blocos de observações positivas. Embora seja acessível para educadores em estágio inicial, apresenta limitações por sua natureza predominantemente unidirecional, o que pode restringir a autorreflexão do estudante e a elaboração de planos de melhoria.

- **Perguntar-Dizer-Perguntar (PDP):** Configura-se como um modelo bidirecional e dialógico. Inicia-se com a autoavaliação do discente (Perguntar), seguida pelas observações e ensinamentos do preceptor (Dizer) e encerra-se com a verificação da compreensão e a pactuação de metas de aprimoramento (Perguntar).
- **ART (*Ask, Respond, Tell*):** Também de caráter bilateral, esta técnica inicia-se com a verificação da prontidão do aluno e sua percepção de desempenho (*Ask*). O educador então sintetiza as respostas (*Respond*) e, por fim, comunica sua avaliação técnica com foco em ações específicas (*Tell*).
- **Método de Pendleton:** Estrutura um diálogo centrado na autorreflexão, priorizando inicialmente a percepção do aluno sobre seus pontos positivos e fragilidades. Subsequentemente, o docente complementa a análise e coordena a elaboração de um plano de ação estratégico.

Preceptor de um Minuto (Modelo de 5 Etapas): Trata-se de um modelo de micro-habilidades que integra o ensino ao *feedback*. O processo envolve:

- Obter um compromisso do aluno (diagnóstico ou conduta);
- Investigar as evidências de suporte;
- Ensinar princípios gerais;
- Reforçar condutas assertivas;
- Corrigir falhas com orientações específicas.

Para que o *feedback* cumpra sua função transformadora, ele deve ser compreendido como uma interlocução bilateral, oportuna e voltada para a construção de planos de ação concretos.

É imperativo que educadores na área da saúde se apropriem dessas ferramentas para qualificar o processo de ensino-aprendizagem, reconhecendo que a proficiência na oferta de *feedback* é uma competência desenvolvida por meio da prática contínua e da fundamentação técnica.

FEEDBACK COMO FERRAMENTA DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Na educação médica e multiprofissional em saúde, desloca-se progressivamente o foco de modelos centrados em provas e notas para abordagens em que o *feedback* formativo estrutura trajetórias de desenvolvimento, favorecendo ciclos sucessivos de observação, reflexão e correção de rota (Lin *et al.*, 2023).

Estudos recentes em contextos de graduação e residência demonstram que o uso sistemático de *feedback* estruturado melhora o desempenho em avaliações práticas OSCE e os Exames Práticos Estruturados Objetivos (OSPE),

aumenta a confiança do discente e fortalece a percepção de suporte pedagógico, reforçando seu papel como intervenção instrucional de alto impacto (Kavya; Rangalyengar; Pitchandy, 2025).

Ao contrário da retroalimentação puramente classificatória, o *feedback* formativo eficaz é dialogado, bidirecional e co-construído, valorizando a autoavaliação do residente, o enquadramento em critérios explícitos de competência e a negociação de planos concretos de melhoria (Lipnevich; Mattern; Feddock, 2025).

Nessa perspectiva, o preceptor assume função de mediador do aprendizado, utilizando o *feedback* como estratégia deliberada de ensino à beira-leito e em cenários de prática, e não apenas como etapa final de avaliação de desempenho.

MODELOS ESTRUTURADOS DE *FEEDBACK*: SANDUÍCHE E PENDLETON

O modelo Sanduíche (*Feedback Sandwich*) organiza a devolutiva em três movimentos: início com reforço positivo específico, seguido por pontos a melhorar e encerramento com novo comentário de reforço ou encorajamento (Orsini *et al.*, 2022).

Evidências em educação em saúde sugerem que estudantes percebem esse formato como mais confortável, motivador e facilitador da aceitação de críticas, sobretudo em fases iniciais da formação, embora se reconheçam limitações pela sua natureza mais unidirecional e centrada no avaliador (Lin *et al.*, 2023).

As Regras de Pendleton constituem evolução dialógica do modelo Sanduíche, iniciando com a autoavaliação do aprendiz sobre o que fez bem, seguida pelo *feedback* positivo do preceptor, pela identificação, pelo residente, de aspectos a melhorar e, por fim, pelos comentários críticos e sugestões do docente (Tielemans *et al.*, 2021).

Essa estrutura promove maior engajamento do residente, estimula reflexão metacognitiva e desenvolve habilidades de autoavaliação, sendo particularmente útil em encontros de *feedback* mais extensos (“macro-*feedback*”) e em níveis intermediários da formação, embora possa ser percebida como rígida quando aplicada de modo excessivamente protocolar.

MODELO SCI/SBI: FOCO EM COMPORTAMENTO E IMPACTO

O modelo SCI (Situação–Comportamento–Impacto), também referido como SBI (*Situation–Behavior–Impact*), propõe que o *feedback* seja construído descrevendo, em sequência, a situação específica observada, o comportamento objetivo do residente e o impacto desse comportamento sobre pacientes, equipe ou processo de cuidado (Indeed, 2026).

Ao ancorar a crítica em episódios concretos e em efeitos observáveis, o modelo reduz generalizações, minimiza julgamentos de traço pessoal e favorece discussões centradas em condutas modificáveis, aspecto

crucial para o desenvolvimento de competências técnico-assistenciais e atitudes profissionais (Center for Creative Leadership, 2025).

Aplicado à residência, o SCI permite, por exemplo, discutir atrasos na comunicação de achados críticos, falhas de registro, condutas pouco colaborativas ou déficits técnicos em procedimentos, traduzindo-os em termos de impacto na segurança do paciente, na continuidade do cuidado ou no clima da equipe (Fuentes-Cimma *et al.*, 2024).

Ao enfatizar clareza, objetividade e consequências, esse modelo se mostra particularmente potente para trabalhar comportamentos atitudinais, profissionalismo e habilidades de trabalho em equipe, desde que associado a um espaço para que o residente explicita sua perspectiva e participe da elaboração do plano de mudança.

ESTRUTURAÇÃO DE CRÍTICAS CONSTRUTIVAS PARA O DESENVOLVIMENTO TÉCNICO E ATITUDINAL

A literatura recente em educação em saúde aponta que críticas construtivas eficazes compartilham alguns elementos: baseiam-se em observações diretas, são oportunas (próximas ao evento), específicas, comparadas a critérios conhecidos e acompanhadas de oportunidades práticas de remediação. Em termos operacionais, recomenda-se que o preceptor (Orsini *et al.*, 2022; Lipnevich; Mattern; Feddock, 2025).

- Explícite o objetivo do encontro de *feedback*;
- Convide o residente à autoavaliação;
- Selecione poucos focos prioritários, com exemplos concretos;
- Descreva o comportamento, evitando rótulos;
- Explore o impacto clínico e ético;
- Co-construa estratégias de melhoria (treino supervisionado, revisão de protocolos, simulação, leitura dirigida);
- Combine um momento de reavaliação.

Do ponto de vista atitudinal, críticas construtivas devem manter tom respeitoso, reconhecer esforços e progressos, e comunicar expectativas altas, porém realistas, de desenvolvimento, características associadas à chamada “cultura de *feedback*” em ambientes formadores.

Estudos recentes ressaltam que residentes se beneficiam mais de *feedbacks* frequentes, breves e situados na prática (“*feedbacks* ao pé do leito”), do que de devolutivas raras e exclusivamente somativas, e que a formação deliberada de preceptores em modelos estruturados (Sanduíche, Pendleton, SCI/SBI, R2C2, ALOBA) melhora a qualidade percebida do *feedback* e sua capacidade de promover mudança de comportamento (Kavya; Rangalyengar; Pitchandy, 2025).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA

Em programas de residência, o *feedback* formativo configura-se como intervenção pedagógica estratégica para alinhar desempenho a marcos de competência, sustentar o desenvolvimento progressivo de habilidades clínicas complexas e consolidar atitudes profissionais éticas e colaborativas.

Modelos como Sanduíche, Pendleton e SCI/SBI oferecem estruturas complementares que, quando usadas de forma flexível e contextualizada, podem apoiar residentes em diferentes estágios de maturidade e em distintas situações clínicas, desde correção de manobras técnicas até discussões delicadas sobre comunicação, trabalho em equipe e profissionalismo.

A implementação efetiva desses modelos requer investimento institucional em cultura de *feedback*, capacitação sistemática de preceptores, garantia de tempo protegido para encontros de devolutiva e integração entre múltiplas fontes de avaliação formativa (autoavaliação, avaliação por pares, avaliação 360° e *feedback* de pacientes).

Ao deslocar o *feedback* do lugar de mero instrumento avaliativo para o de ferramenta central de ensino-aprendizagem, os programas de residência potencializam o desenvolvimento técnico e atitudinal de seus profissionais em formação e aproximam-se de uma educação verdadeiramente baseada em competências.



CAPÍTULO

4

MATRIZ SWOT: ESTRATÉGIA DE DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO

FUNDAMENTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICO DA MATRIZ SWOT/FOFA

A investigação no campo da saúde caracteriza-se por sua natureza científica complexa e multiplicidade de vertentes. Seu escopo reside na produção de evidências capazes de subsidiar a prática clínica, otimizar a governança dos sistemas de saúde e viabilizar intervenções que promovam o incremento da qualidade de vida em âmbitos individuais e coletivos (Rosala-Hallas *et al.*, 2018).

Diante da evolução contínua deste campo, torna-se imperativa a adoção de paradigmas metodológicos que comportem uma avaliação sistêmica das variáveis intervenientes, bem como a formulação de diretrizes resolutivas para os desafios inerentes a essa esfera de estudo.

Uma abordagem metodológica que tem demonstrado relevância em áreas como *design*, *marketing* e administração é a análise SWOT (*Strengths*, *Weaknesses*, *Opportunities*, *Threats*), traduzida no Brasil como análise FOFA (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças), deriva originalmente do campo da administração estratégica, sendo progressivamente incorporada à pesquisa em saúde e à avaliação de programas educacionais (Barbosa *et al.*, 2023).

Originalmente estruturada para o planejamento estratégico corporativo, essa matriz é amplamente recomendada como um *framework* de diagnóstico para mensurar e classificar os fatores que impactam a

performance de organizações, produtos ou projetos específicos (Ferreira *et al.*, 2024).

Figura 3 – Matriz SWOT/FOFA.



Fonte: Desenvolvido pelos autores, 2026.

No panorama global, a literatura já reporta a aplicação deste *framework* para a mensuração de desfechos assistenciais e o suporte técnico a processos decisórios (Suttels *et al.*, 2022). Contudo, embora a produção científica em saúde enfrente obstáculos análogos aos de outros setores produtivos, observa-se que o emprego acadêmico sistemático da matriz SWOT permanece incipiente nessa área (Paula; Jorge; Morais, 2019).

O ecossistema da saúde é marcado pela celeridade das inovações clínico-tecnológicas e científicas. Nesse cenário de alta velocidade informacional, a necessidade de integrar abordagens de gestão estratégica à condução de pesquisas torna-se uma exigência incontornável (Souza *et al.*, 2020).

A transposição de uma metodologia estruturada como a SWOT para o contexto investigativo atua como um dispositivo facilitador para o diagnóstico situacional preciso. Essa prática permite a elaboração de roteiros robustos, capazes de (Ferreira *et al.*, 2024):

- Otimizar a execução da pesquisa por meio do reconhecimento de potencialidades internas e ameaças externas.
- Maximizar o impacto científico, alinhando os objetivos do estudo às oportunidades do cenário atual.
- Gerar benefícios sociais tangíveis, assegurando a aplicabilidade e a sustentabilidade das soluções propostas à comunidade.

O diagnóstico estratégico de programas de residência em saúde, por meio da matriz SWOT, constitui ferramenta estruturante para qualificar a tomada de decisão e alinhar a formação em serviço às necessidades do SUS e de outros sistemas de saúde (Oliveira *et al.*, 2021).

Ao operacionalizar a análise de Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças, a SWOT/FOFA permite integrar dimensões internas e externas da residência, subsidiando ajustes pedagógicos, de gestão e de inserção no mundo do trabalho.

COMO FAZER UMA ANÁLISE SWOT/FOFA?

Sob o prisma da administração científica, sua elaboração transcende a mera intuição gerencial, configurando-se como um escrutínio sistemático e bidimensional do ecossistema organizacional. O cerne da metodologia consiste em mapear com rigor os fatores que afetam o desempenho de um projeto ou instituição, categorizando-os fundamentalmente em dois domínios de análise: o **ambiente interno**, inerente à própria estrutura, e o **macroambiente externo**, composto por variáveis exógenas e incontroláveis (Filho; Araujo; Quinteiros, 2024).

A operacionalização desta ferramenta metodológica inicia-se pela auditoria do ambiente interno, *locus* onde a organização detém poder de controle e intervenção direta. Nesta dimensão, mapeiam-se as **FORÇAS**, que representam as competências essenciais, os recursos tecnológicos exclusivos, a expertise do capital humano e os diferenciais competitivos consolidados (Prefeitura Municipal de Londrina, 2025).

Em contrapartida, identificam-se as **FRAQUEZAS**, traduzidas como problemas operacionais, escassez de recursos financeiros, obsolescência de equipamentos ou lacunas na capacitação de equipes. A extração destes dados internos deve ser ancorada em métricas objetivas e indicadores de desempenho (KPIs), refutando vieses subjetivos e garantindo que o diagnóstico reflita a capacidade real de execução da entidade (Alencar *et al.*, 2025).

As **OPORTUNIDADES** englobam nichos de mercado emergentes, inovações tecnológicas disruptivas, fomento governamental ou mudanças demográficas favoráveis. Já as **AMEAÇAS** configuram-se como crises macroeconômicas,

instabilidade regulatória, concorrência predatória ou pandemias (Rocha; Pelogio, 2023).

O ápice analítico da matriz SWOT/FOFA não reside na elaboração estática das quatro listas categóricas, mas na sua intersecção sistemática, frequentemente modelada através da Matriz TOWS (SWOT cruzada). Esta etapa metodológica visa a síntese de diretrizes estratégicas acionáveis a partir do cruzamento de dados (Raeburn, 2026).

Desenvolvem-se estratégias ofensivas (**utilizando forças internas para alavancar oportunidades externas**), estratégias defensivas (**empregando forças para mitigar o impacto de ameaças**), estratégias de reforço (**corrigindo fraquezas para aproveitar oportunidades**) e estratégias de sobrevivência (**minimizando fraquezas para evitar vulnerabilidade fatal diante de ameaças**). Este processo combinatório é o vetor que converte o diagnóstico contemplativo em um plano de intervenção dinâmico (Gomes, 2026).

Por fim, o rigor científico na confecção de uma análise SWOT/FOFA exige que sua construção seja um constructo dialógico e multidisciplinar. Evidências oriundas de investigações em governança demonstram que matrizes desenvolvidas de forma monocrática ou isolada são suscetíveis à miopia estratégica (Rosala-Hallas *et al.*, 2018).

Portanto, a metodologia correta demanda a inclusão de *stakeholders* de variados níveis hierárquicos e áreas de atuação, operando por meio de técnicas de consenso, como o **método Delphi** ou sessões estruturadas de *brainstorming*. A adoção desta práxis participativa assegura a redução de assimetrias de informação, otimiza o alinhamento institucional e consolida a ferramenta como o alicerce metodológico ideal para a subsequente aplicação de planos de ação táticos (Revorêdo et al., 2015).

Na formação em saúde, a SWOT/FOFA tem sido aplicada tanto em estudos de caso qualitativos quanto em avaliações de programas, articulando-se a modelos avaliativos como a tríade de Donabedian (estrutura, processo e resultado) (Ribeiro; Cyrino; Pazin-Filho, 2024).

APLICAÇÃO DA SWOT/FOFA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

☐ Forças internas dos programas de residência

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde representam cenários privilegiados para aplicação da análise SWOT/FOFA, em virtude de sua natureza de formação em serviço, caráter interdisciplinar e estreita vinculação com a APS e com o SUS. As principais forças identificadas pela análise SWOT/FOFA concentram-se na qualificação da prática na APS, na vivência multiprofissional e na diversificação de cenários de cuidado (Oliveira *et al.*, 2021).

A atuação em diferentes cenários como as Unidades de Saúde da Família, a urgência e emergência, os domicílios, as escolas e espaços comunitários, é reconhecida como fator formativo central, favorecendo a responsabilização sanitária, a compreensão dos fluxos na rede e o fortalecimento do compromisso social com o SUS.

□ **Fraquezas internas e desafios pedagógicos**

Entre as fraquezas, a SWOT/FOFA evidencia limites importantes no eixo teórico-pedagógico e na condução do trabalho multiprofissional. Destaca-se a oferta desigual de conteúdos entre as diferentes categorias profissionais, com predomínio de enfoques específicos (por exemplo, enfermagem) em detrimento de temas estruturantes para outras áreas, como fundamentos legais e sociopolíticos do SUS para o serviço social ou conteúdos clínicos específicos para a odontologia (Farias *et al.*, 2023).

Ademais, são recorrentes lacunas na formação para pesquisa e produção científica, fragilidade da Educação Permanente em Saúde nos campos de prática e insuficiente preparação pedagógica de preceptores, que muitas vezes assumem o papel sem clareza das atribuições ou sem formação específica em preceptoria (Araújo; Teixeira, 2025).

□ **Oportunidades externas: fortalecimento do SUS e inserção profissional**

No ambiente externo, a análise FOFA mostra que as residências em saúde constituem oportunidades estratégicas para robustecer a força de trabalho do SUS, qualificar a APS e ampliar a massa crítica de profissionais com visão ampliada de saúde. Somado a isso, residentes multiprofissionais referem maior segurança técnica, domínio dos fluxos assistenciais e motivação para atuar na rede pública, incluindo estímulo à participação em concursos e à construção de trajetórias profissionais no sistema público (Chaves *et al.*, 2024).

A residência também se configura como oportunidade de integração interprofissional ampliada, especialmente quando dispositivos específicos (como unidades ou serviços emergenciais criados na pandemia) aproximam residentes multiprofissionais e residentes médicos em contextos de alta complexidade, favorecendo a aprendizagem colaborativa e a co-gestão do cuidado (Cavalcante *et al.*, 2021).

□ **Ameaças externas: precarização, desvalorização e carga horária**

As ameaças mapeadas pela SWOT/FOFA atingem principalmente a transição residência-trabalho e as condições estruturais dos sistemas de saúde. Diversos estudos apontam dificuldade de inserção de egressos em vínculos estáveis no SUS, baixa diferenciação da residência frente a outras pós-graduações *lato sensu* na pontuação de concursos, e escassez de vagas específicas para especialistas ou áreas multiprofissionais (Flor *et al.*, 2021).

Soma-se a isso a desvalorização simbólica e material da residência, a concorrência com especializações a distância de curta duração e a manutenção de modelos neoliberais de contratação que favorecem vínculos precários e alta rotatividade, enfraquecendo a capacidade de retenção de profissionais formados em programas de residência (Flor *et al.*, 2021).

CONTRIBUIÇÕES DA SWOT/FOFA PARA O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

A utilização sistemática da SWOT/FOFA em programas de residência em saúde permite construir

diagnósticos situacionais dinâmicos e dialogados com múltiplos atores (residentes, preceptores, gestores, egressos), favorecendo o alinhamento entre projeto pedagógico, necessidades assistenciais e políticas públicas (Ribeiro; Cyrino; Pazin-Filho, 2024).

Ao explicitar forças e oportunidades, a matriz orienta estratégias de consolidação (por exemplo, ampliação de cenários de prática, fortalecimento de preceptoria, inserção de egressos na rede) e, ao evidenciar fraquezas e ameaças, subsidia ações corretivas, tais como reestruturação curricular, investimentos em Educação Permanente, reconfiguração da carga horária e negociação de políticas de reconhecimento institucional da residência (Araújo; Teixeira, 2025).

A análise SWOT/FOFA, quando metodologicamente rigorosa e articulada a outras abordagens avaliativas, constitui instrumento central do diagnóstico estratégico de programas de residência em saúde, contribuindo para a sustentabilidade e qualidade da formação em serviço.



CAPÍTULO

5

PLANO DE AÇÃO E METODOLOGIA 5W2H: DIRETRIZES METODOLÓGICAS E FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA

INTRODUÇÃO

A formulação e a execução de estratégias organizacionais e científicas demandam rigor metodológico para que objetivos teóricos sejam convertidos em resultados tangíveis. Neste escopo, o plano de ação desponta como um instrumento central da gestão da qualidade e do planejamento estratégico.

A seguir, apresenta-se um aprofundamento científico sobre sua estruturação, tipologia e desenvolvimento, com ênfase na aplicação da matriz 5W2H.

□ O que é um Plano de Ação

O plano de ação compreende um instrumento metodológico fundamental no âmbito da gestão estratégica e operacional, caracterizando-se como um documento sistematizado que delinea as atividades necessárias para o alcance de objetivos preestabelecidos (Rohr, 2026).

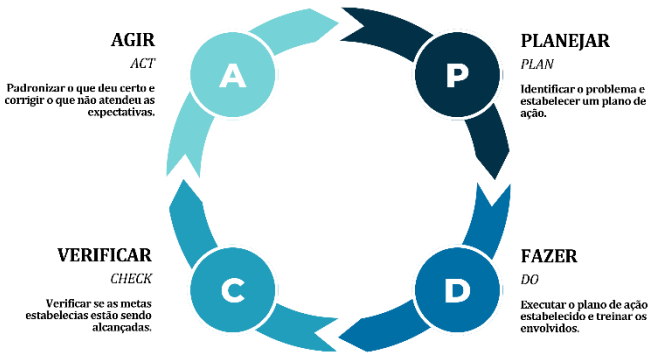
```
graph TD; A[Em sua essência, atua como o elo entre o planejamento estratégico (a formulação teórica de metas e políticas) e a execução tático-operacional.] --- B[a ausência de um plano estruturado culmina em dispersão de esforços, alocação ineficiente de recursos e ineficácia na resolução de problemas complexos.];
```

Em sua essência, atua como o elo entre o planejamento estratégico (a formulação teórica de metas e políticas) e a execução tático-operacional.

a ausência de um plano estruturado culmina em dispersão de esforços, alocação ineficiente de recursos e ineficácia na resolução de problemas complexos.

Sob a ótica da gestão da qualidade e da administração científica, o plano de ação não é um mero cronograma de tarefas, mas um construto dinâmico que integra o ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*). Ele formaliza as intenções organizacionais ou de pesquisa em variáveis pragmáticas, permitindo o rastreamento rigoroso de indicadores de desempenho (Télios, 2025), conforme figura abaixo.

Figura 4 – Ciclo PDCA.



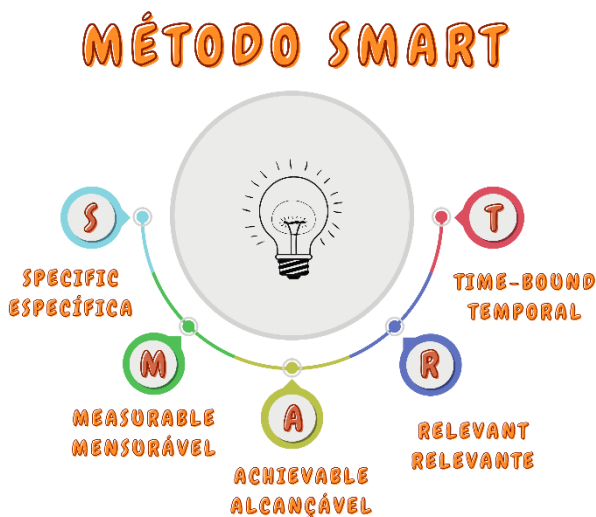
Fonte: Desenvolvido pelos atores, 2026.

No cenário da saúde e da engenharia de produção, evidências apontam que planos de ação metodicamente elaborados são preditores de sucesso na mitigação de riscos, como evidenciado no gerenciamento de crises sanitárias, onde o planejamento ágil foi determinante para a padronização e segurança de processos críticos (Vivas *et al.*, 2022).

□ Componentes de um Plano de Ação

Os componentes de um plano de ação robusto devem abranger múltiplas dimensões gerenciais para assegurar sua exequibilidade técnica e financeira. Primeiramente, exige-se a definição inequívoca do escopo e dos objetivos, frequentemente alicerçados em critérios SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound*). A clareza do escopo previne a ambiguidade e delimita as fronteiras de atuação da equipe responsável (SEBRAE, 2025).

Figura 5 – Método Smart.



Fonte: Desenvolvido pelos atores, 2026.

Além do escopo, um plano rigoroso deve integrar a alocação de recursos financeiros, tecnológicos e de capital humano. É imprescindível a estratificação de prazos, com a definição de marcos de entrega (milestones), bem como a adoção de indicadores de controle e métricas de avaliação de resultados (KPIs) (SEBRAE, 2025).

A sinergia desses componentes fragmenta o trabalho em pacotes de execução auditáveis e estabelece uma cadeia de responsabilidades translúcida, fator crítico para a governança institucional.

Para a estruturação lógica, coesa e padronizada destes componentes, a literatura científica consagra a utilização da metodologia 5W2H. Trata-se de um *framework* do tipo checklist gerencial que mapeia processos mediante sete diretrizes fundamentais, transladando o planejamento abstrato para a empiria executável (Napoleão, 2018).

□ Metodologia 5W2H

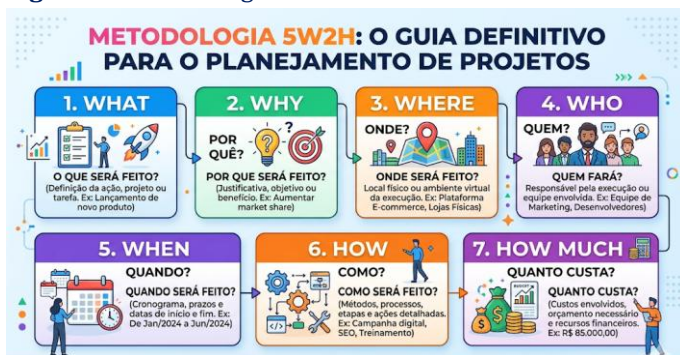
O planejamento estratégico de programas de residência em saúde demanda ferramentas operacionais como o 5W2H, que estrutura planos de ação respondendo a *What* (o quê?), *Why* (por quê?), *Where* (onde?), *When* (quando?), *Who* (quem?), *How* (como?) e *How much* (quanto custa?) (Lima *et al.*, 2024).

Essa metodologia, derivada de práticas *lean* na gestão da saúde, transforma diagnósticos (ex.: SWOT) em ações concretas, definindo metas SMART, cronogramas,

responsáveis e indicadores de sucesso, com evidências de aplicação em melhorias assistenciais no SUS (Soares, 2024).

O 5W2H constitui *checklist* para execução de intervenções, promovendo alinhamento entre objetivos e recursos em contextos complexos como residências multiprofissionais, conforme expressa a figura abaixo.

Figura 6 – Metodologia 5W2H.



Fonte: Desenvolvidos pelos autores, 2026.

□ Tipos de Plano de Ação

Os planos de ação podem ser tipificados conforme o nível hierárquico e a natureza de sua aplicação. No escopo hierárquico, subdividem-se em três categorias (Bôas, 2026).

- **Estratégicos:** Etapa com foco no longo prazo, envolvendo a alta gestão e metas globais de impacto sistêmico.
- **Táticos:** Etapa focada no médio prazo e no desdobramento de metas para departamentos ou unidades específicas.

- **Operacionais:** Etapa de curto prazo, orientados para a parametrização de rotinas diárias e fluxos de trabalho. Esta taxonomia garante o alinhamento em cascata (Gestão por Diretrizes ou Hoshin Kanri) das diretrizes organizacionais.

O pilar central da Hoshin Kanri, como vertente metodológica, é a descentralização do planejamento. Refuta-se a ideia de que a formulação estratégica deva permanecer confinada à alta cúpula gerencial; pelo contrário, o modelo exige uma capilaridade que garanta sua disseminação, assimilação e execução transversal em todos os estratos organizacionais (Santos, 2025).

Para viabilizar essa integração, o Hoshin Kanri adota um mecanismo metódico de desdobramento (cascateamento), que atua como uma ponte entre as macrodiretrizes institucionais e as rotinas operacionais executadas diariamente pelas equipes de base. Logo, a arquitetura deste desdobramento obedece a uma hierarquia lógica segmentada em quatro eixos sucessivos (CIEDS, 2021):

- **Objetivos:** O ciclo inicia-se com a macrorregulação dos propósitos estratégicos de longo alcance, os quais devem estar incondicionalmente ancorados na missão e na visão corporativa.
- **Metas:** Subsequentemente, esses propósitos globais são fragmentados em diretrizes táticas (geralmente anuais ou de médio prazo), que se distinguem por serem estritamente específicas e quantificáveis.

- **Indicadores:** O terceiro eixo compreende a estipulação dos Indicadores-Chave de Desempenho (KPIs), métricas analíticas indispensáveis para a auditoria e o monitoramento contínuo da evolução dos resultados.
- **Planos de Ação:** A culminância do processo se dá com a formulação dos planos operacionais (onde ferramentas como o 5W2H são frequentemente aplicadas). Neste estágio, a teoria estratégica se materializa em tarefas pragmáticas, balizadas por cronogramas rigorosos e pela designação inequívoca de responsabilidades individuais ou coletivas.

□ Como Desenvolver um Plano de Ação

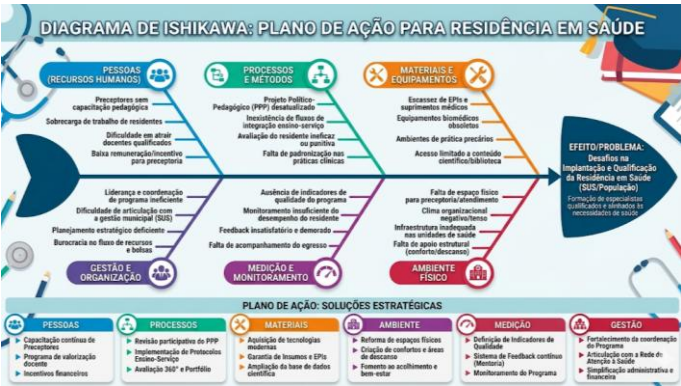
O desenvolvimento metódico de um plano de ação exige rigor investigativo, iniciando-se por uma fase diagnóstica exaustiva. A formulação de ações não deve advir de empirismos ou intuições, mas da análise fundamentada do estado da arte do cenário.

Recomenda-se a utilização de ferramentas heurísticas e analíticas, como a Matriz SWOT ou o Diagrama de Causa e Efeito (Diagrama de Ishikawa), para identificar gargalos, causas-raiz ou oportunidades de alavancagem. Logo, compreender a etiologia do problema é pré-requisito para a proposição de intervenções válidas (Santo; Zocratto, 2020).

Superado o diagnóstico, procede-se à ideação das soluções e à transposição destas para a matriz 5W2H. Nesta fase de estruturação, a inteligência coletiva e a participação de equipes multidisciplinares são imperativas para aferir a

viabilidade técnica (o "Como") e a viabilidade econômica (o "Quanto custa") (Moraes *et al.*, 2024).

Figura 7 – Modelo de Diagrama de Ishikawa aplicado na residência em saúde.



Fonte: Desenvolvidos pelos autores, 2026.

A aprovação do documento consolida a linha de base (*baseline*) do projeto, autorizando a transição para a etapa de execução. Durante a implementação, o gestor assume a função de facilitador, desobstruindo impedimentos e garantindo a linearidade dos processos (Moraes *et al.*, 2024).

Por fim, a etapa de monitoramento e controle é o que confere o caráter científico e auditável ao plano de ação, distanciando-o de um mero rol de intenções. A execução deve ser acompanhada *in loco* ou via sistemas de gestão integrada, balizada por auditorias contínuas. As fases de verificação (*Check*) e ação corretiva (*Act*) do PDCA validam se a intervenção parametrizada no 5W2H efetivamente sanou a lacuna diagnosticada (Santo; Zocratto, 2020).

O encerramento formal do plano deve documentar os desvios e sucessos, retroalimentando o repositório de lições

aprendidas e fomentando a gestão do conhecimento institucional. Aplicações em saúde demonstram redução de falhas operacionais, mas demandam cultura de melhoria contínua. Limitações incluem subestimação de custos intangíveis, mitigados por validação coletiva (Rossetto; Toso; Rodrigues, 2020).

Quadro 3 – Exemplo de aplicação da metodologia 5W2H na residência em saúde.

Diretriz (5W2H)	Pergunta	Descrição da Ação Estratégica
[1] WHAT	O que será feito?	Estruturação e execução de uma Oficina de Alinhamento Pedagógico focada na aplicação de Metodologias Ativas (ex: Aprendizagem Significativa e <i>Design Thinking</i>) para o processo de preceptoria em saúde.
[2] WHY	Por que será feito?	Para instrumentalizar os preceptores com ferramentas pedagógicas contemporâneas, reduzindo a evasão ou desmotivação dos residentes, padronizando os critérios de avaliação em serviço e fortalecendo a segurança do paciente por meio de práticas supervisionadas mais eficazes.
[3] WHERE	Onde será feito?	As sessões teóricas ocorrerão no auditório da Instituição de Ensino parceira (Universidade/Fundação) e as simulações práticas nos laboratórios de habilidades clínicas do hospital de ensino-referência.
[4] WHEN	Quando será feito?	O projeto terá a duração de 4 semanas. A elaboração da ementa ocorrerá na primeira quinzena do mês, seguida por encontros presenciais de imersão de 16 horas-aula no último final de semana do mês vigente.
[5] WHO	Quem fará?	A execução ficará sob responsabilidade da Coordenação da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), com a condução técnica de um conteudista especialista em design educacional e saúde pública.

[6] HOW	Como será feito?	A oficina será dividida em três etapas metodológicas: 1. Diagnóstico prévio das dificuldades dos preceptores via formulário online. 2. Oficina presencial utilizando a técnica de Rotação por Estações para simular devolutivas de <i>feedback</i> e discussões de casos clínicos complexos. 3. Avaliação pós-treinamento para medir a retenção do conhecimento e aplicabilidade nas alas hospitalares.
[7] HOW MUCH	Quanto custará?	Orçamento total estimado em R\$ 5.500,00, alocados da verba de custeio institucional, cobrindo: honorários dos facilitadores externos, impressão de manuais e portfólios, locação de equipamentos multimídia e <i>coffee break</i> para 40 participantes.

Fonte: Desenvolvido pelos autores, 2026.



REFERÊNCIAS

ABMES. Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior. Secretaria de Educação Superior. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília: Secretaria de Educação Superior, 2014.

ABRANTES, M. R. B. et al. O papel da liderança transformacional na enfermagem. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v.11, n.5, p.6988–6997, 2025.

ALENCAR, N. S. et al. Análise SWOT no planejamento estratégico hospitalar: um estudo em Palmas - TO. Revista Caderno Pedagógico - Studies Publicações e Editora Ltda., Curitiba, v.22, n.1, p.01-23, 2025.

ARAÚJO, M. A. N. et al. Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. Enferm. Foco, v.8, n.1, p.52-56, 2017. DOI: 10.21675/2357-707X.2017.v8.n1.984

ARAÚJO, R. M. S.; TEIXEIRA, R. C. Multidisciplinary preceptorship in specialized training in health: the perception of residents and preceptors. Cenas Educacionais, v. 8, e22223, 2025.

AUDÉTAT MC et al. Dificuldades de raciocínio clínico: uma taxonomia para professores clínicos. Med Teach, v. 35, n. 3, p. e984–e989, 2013.

BARBOSA NCT, CORDEIRO BC, ABRAHÃO al et al. Rev. enferm UFPE on line., Recife, v. 11, n. 11, p. 4298-304, nov., 2017.

BÔAS, M. V. Saiba a diferença de planejamento estratégico, tático e operacional. In: Qualiex Forlogic. Blog da qualidade. 26 fev. 2026.

BRASIL. 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2005.

BRASIL. Residência em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional). Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/residencias-em-saude/residencia-em-area-profissional-da-saude>. Acesso em: 09 mar. 2026

BRASIL. Residência Multiprofissional. Brasília: Ministério da Educação, [20??]. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/component/content/article/247-programas-e-acoes-1921564125/residencia-medica-2137156164/12501-residencia-multiprofissional>. Acesso em: 09 mar. 2026

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em

Profissional de Saúde. Diário Oficial da União: Seção 1, Poder Executivo, Brasília, DF, p.24-25, 16 abr. 2012.

CARÚS, C. S. et al. Barreiras para comunicação eficaz em saúde. *Research, Society and Development*, v. 10, n.7, e10810716218, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16218>. Acesso em: 09 mar. 2026

CASTRO, C. R.; ALVES, R. M.; SERRÃO JÚNIOR, N. F. Preceptoria estabelecendo vínculo entre residentes e pacientes através da habilidade de comunicação de más notícias. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, Santa Cruz do Sul, v.7, n.2, mai./ago. 2024. Disponível em: <https://seer.unisc.br/index.php/ripsunisc/article/view/18727>. Acesso em: 09 mar. 2026

CAVALCANTE, V. O. M. et al. Residências multiprofissionais em saúde no enfrentamento da covid-19: relato de intervenções interprofissionais. *SANARE*, v.20, p.118-126, 2021. Supl.1.

CCL. Center for Creative Leadership. Use Situation-Behavior-Impact (SBI)[™] to Understand Intent. Greensboro: CCL, 2025. Disponível em: <https://www.ccl.org/articles/leading-effectively-articles/closing-the-gap-between-intent-vs-impact-sbii/>. Acesso em: 09 mar. 2026

CHAVES, N. M. L. et al. Residência multiprofissional em saúde sob o olhar do residente. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, São José dos Pinhais, v.17, n.1, p. 2777-2793, 2024. Disponível em:

<https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/3681>. Acesso em: 09 mar. 2026

COLETIVO APRENDIZ. Desdobramento Estratégico com Gestão por Diretrizes – Hoshin Kanri. Rio de Janeiro: coletivoaprendiz, [202-]. Disponível em: <https://coletivoaprendiz.ciedseduca.org.br/mod/page/view.php?id=13018> Acesso em: 09 mar. 2026

CUMMINGS, G. G. et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *Int J Nurs Stud.*, v.85, p.19-60, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>

CURY, A. Gestão da emoção. 2. ed., Curitiba: Benvirá, 2017.

DELFINO, M. F. N. S.; VINADÉ, T. F. Gestão de programa de residência e organização do serviço para o ensino. *Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública Goiás “Cândido Santiago”*, v.10, n.10a4, p.1-11, 2024.

DISTRITO FEDERAL. Portaria SES-DF Nº 31 de 16 de janeiro de 2019. Protocolo de Atenção à Saúde - Segurança do paciente: comunicação efetiva. Distrito Federal: Governo do Distrito Federal, 2019.

ESPÍRITO SANTO, J. A.; ZOCRATTO, K. B. F. Ferramentas da qualidade nos processos gerenciais de serviços de saúde. *Rev. Remecs.*, v.5, n.9, p.62-67, 2020.

FARIAS, E. O processo formativo de um programa de residência multiprofissional em saúde da família na ótica de egressos. 2023. 150p. Dissertação (Mestrado em

Biociências e Saúde). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Paraná, 2023.

FARIAS, E. S.; SANTOS, J. O.; GÓIS, R. M. O. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. Ciências Biológicas e de Saúde Unit, v. 4, n. 3, p. 139-54, abr. 2018.

FDC. Fundação Dom Cabral. Conheça as principais características da liderança transformacional. Nova Lima: FDC, 2025. Disponível em: <https://posead.fdc.org.br/blog/lideranca-transformacional>. Acesso em: 09 mar. 2026

FERREIRA, R. J. S. et al. Abordagem SWOT na pesquisa em saúde: um guia para construção de estudos científicos. Saúde e Pesquisa, v.17, n.3, e-12601, 2024.

FLOR, T. B. M. et al. Inserção de egressos de Programas de Residência Multiprofissional no SUS. Rev Saude Publica, v.55, p.88, 2021.

FUENTES-CIMMA, J. et al. Designing feedback processes in the workplace-based learning of undergraduate health professions education: a scoping review. BMC Med Educ., v.24, n.1, p.440, abr. 2024.

FULLERTON, P. D. et al. Culture and understanding the role of feedback for health professions students: realist synthesis protocol. BMJ Open., v.12, n.2, e049462, 2022. DOI: 10.1136/bmjopen-2021-049462

FYFE, E. R. et al. ManyClasses 1: Assessing the Generalizable Effect of Immediate Feedback Versus Delayed Feedback Across Many College Classes. *Adv Methods Pract Psychol Sci.*, v.4, n.3, p.1-24, 2021. DOI: 10.1177/25152459211027575

GAMEIRO, N. Depressão, ansiedade e estresse aumentam durante a pandemia. Brasília: FioCruz, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/depressao-ansiedade-e-estresse-aumentam-durante-a-pandemia/>. Acesso em: 09 mar. 2026.

GOMES, D. C. et al. Gestão de programa de residência multiprofissional em saúde: dos desafios às estratégias de melhorias. *Temas em Educ. e Saúde, Araraquara*, v. 19, n. 00, e023018, 2023.

GOMES, G. Matriz SWOT cruzada: o que é e como utilizar essa ferramenta como aliada do seu negócio. São Paulo: AGENDOR, [20--]. Disponível em: [https://www.agendor.com.br/blog/swot-cruzada/#:~:text=A%20matriz%20SWOT%20cruzada%2C%20ou,amea%C3%A7as%20e%20corrigir%20as%20fraquezas](https://www.agendor.com.br/blog/swot-cruzada/#:~:text=A%20matriz%20SWOT%20cruzada%2C%20ou,amea%C3%A7as%20e%20corrigir%20as%20fraquezas.). Acesso em: 09 mar. 2026

INDEED EDITORIAL TEAM. How To Use a Situation-Behavior-Impact Feedback Model for Management. Texas: INDEED, 2025. Disponível em: <https://www.indeed.com/career-advice/career-development/how-to-use-situation-behavior-impact-feedback-model>. Acesso em: 09 mar. 2026

LACERDA, J. F. E. et al. Effective communication in the nurse-patient relationship in the light of Transcultural Interprofessional Practice model. *Rev Rene*, v. 22, e61443, 2021.

LIMA, F. C. et al. Nursing care protocol for critical users with tracheostomy under mechanical ventilation. *Rev Bras Enferm.*, v.77, n.2, e20230337, 2024.

LIMA, F. Plano de Ação PDCA: Como Criar e Aplicar na Prática. São Paulo: télíos, 2025. Disponível em: <https://telios.eng.br/plano-de-acao-pdca/>. Acesso em: 09 mar. 2026

LIMA, N. Curso de Comunicação Não Violenta (CNV). Brasília: Escola de Governo do Distrito Federal, 2020. 33 p. Disponível em: <https://egov.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Apostila-2.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2026

LIN, G. S. S. et al. The use of feedback in teaching undergraduate dental students: feedback sandwich or Ask-Tell-Ask model? *BMC Oral Health*, v.23, p.417, 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12903-023-03141-5>. Acesso em: 09 mar. 2026

LIPNEVICH, A. A. et al. Anchored in praise? Potential manifestation of the anchoring bias in feedback reception. *Assess Educ Principles Policy Pract.*, v.30, n.1, p.4–17, 2023. DOI: 10.1080/0969594X.2023.2179956

LIPNEVICH, A. A.; MATTERN, K.; FEDDOCK, C. Formative assessment and feedback in medical education: A practical guide: AMEE Guide No. 189. Med Teach, v.24, p.1-20, out. 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41134874/>. Acesso em: 09 mar. 2026

LIPNEVICH, A. A.; SMITH, J. K. Student – feedback interaction model: revised. Stud Educ Eval., v.75, p.101208, 2022. DOI: 10.1016/j.stueduc.2022.101208

LONDRINA. Plano de negócios da auditoria interna PNAI 2025-2027. Paraná: Prefeitura do Município de Londrina, 2024.

MACERON FILHO, O.; QUINTAIROS, P. C. R. A análise SWOT e sua relevância para o planejamento estratégico. In: III Congresso Internacional de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento, 3., 2014, Taubaté. Anais [...] Taubaté: Universidade de Taubaté (UNITAU), 2014.

MAGNUS, L. Conheça os 16 tipos de feedback no trabalho e veja como aplicar. Belo Horizonte: Genyo, 2025. Disponível em: <https://genyo.com.br/tipos-de-feedback/>. Acesso em: 09 mar. 2026.

MÁÑEZ, I. et al. Examining pre-service teachers' feedback on low- and high-quality written assignments. Educational Assessment, Evaluation and Accountability, v.36, p.225–256, 2024. DOI: 10.1007/s11092-024-09432-x

MOLINS, C.; MARTINEZ, C. M. Expanding the Menu Beyond the Sandwich: Defining Effective Feedback. Flórida: Florida College of Emergency Physicians, 2021.

MORAES, É. B. et al. Strategic planning in stricto sensu postgraduate courses in nursing: an experience report. *Texto & Contexto Enfermagem*, v.33, e20240107, 2024.

MORAES, M. C. S. et al. Nursing coaching leadership and its influence on job satisfaction and patient safety. *Rev Esc Enferm.*, v.55, e03779, 2021.

MORCELLI, L. M. B. et al. Influência da liderança do enfermeiro na segurança dos pacientes: uma revisão integrativa. *Rev. baiana enferm.*, v.37, e54967, 2023.

MORETTI, S. A.; BATISTA, E. C. Saúde mental no ambiente organizacional: os desafios de uma comunicação não violenta e eficaz com os trabalhadores. *Saber Humano: Revista Científica Da Faculdade Antonio Meneghetti*, v. 10, n.17, p. 124–140, 2020.

NAPOLEÃO, B. M. 5W2H. [S.l.]: Ferramentas da qualidade, 2018.

OLINO, L et al. Effective communication for patient safety: transfer note and Modified Early Warning Score. *Rev Gaúcha Enferm*, n.40, p.1-9, e20180341, 2019.

OLIVEIRA, A. M. F. et al. Análise da integração ensino-serviço para a formação de residentes em medicina de família e comunidade. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.45, n.1, e003, 2021.

ORSINI, C. et al. Common models and approaches for the clinical educator to plan effective feedback encounters. *J Educ Eval Health Prof.*, v.19, p.35, 2022. DOI: 10.3352/jeehp.2022.19.35

PAULA, M. L.; JORGE, M. S. B.; MORAIS, J. B. O processo de produção científica e as dificuldades para utilização de resultados de pesquisas pelos profissionais de saúde. *Interface*, v.23, e190083, 2019.

PERKOWSKI, C. et al. Impact of pediatric intensive care unit preadmission huddle on perceptions of interprofessional communication about patient safety. *Critical Care Nurse*, v. 42, n. 4, p. 55-67, 2022.

RAEBURN, A. Análise SWOT/FOFA: o que é e como usá-la (com exemplos). Califórnia: ASANA, 2026. Disponível em: <https://asana.com/pt/resources/swot-analysis> Acesso em: 09 mar. 2026

REVORÊDO, L. S. et al. O uso da técnica delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. *Arq. Ciênc. Saúde*, v.22, n.2, p.16-21, jan./mar. 2015.

ROCHA, B. A.; PELOGIO, E. A. A gestão estratégica como ferramenta de recuperação de microempreendimentos individuais sob a óptica do impacto da pandemia de COVID-19. *CGE*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jan./abr. 2023.

ROHR, R. Plano de ação estratégico: o que empresas de alta performance fazem de diferente. Belo Horizonte: Mereo, 2026. Disponível em: <https://mereo.com/hub/plano-de-acao/>. Acesso em: 09 mar. 2026

ROSALA-HALLAS, A. et al. Global health trials methodological research agenda: results from a priority setting exercise. *Trials.*, v.19, n.1, p.48, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2440-y>

ROSENBERG, M. B. Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. 4. ed. São Paulo: Ágora, 2006.

ROSSETTO, V.; TOSO, B. R. G. O.; RODRIGUES, R. M. Organizational flow chart of home care for children with special health care needs. *Rev Bras Enferm.*, v.73, e20190310, 2020.

SANTOS, D. et al. Segurança do paciente: uma abordagem acerca da atuação da equipe de enfermagem na unidade hospitalar. *Revista Temas em Saúde*, v. 17, n.2, p. 213-25, 2017.

SANTOS, V. F. M. Hoshin Kanri: o que é, como aplicar e exemplos de uso na prática. Campinas: FM2S, 2016. Disponível em: <https://www.fm2s.com.br/blog/hoshin-kanri-objetivos-e-metas>. Acesso em: 09 mar. 2026

SCHILDKAMP, K. et al. Formative assessment: a systematic review of critical teacher prerequisites for classroom practice. *Int J Educ Res.*, v.103, p.101602. 2020. DOI: 10.1016/j.ijer.2020.101602.

SEBRAE. Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. Guia completo para definir metas SMART na empresa. Pernambuco: SEBRAE, 2025.

SILVA, A. P.; AGUIAR, A. C. de. Planejamento estratégico em uma instituição pública de saúde de 2012 a 2022: implicação das percepções da força de trabalho e decisões gerenciais. *Saude soc*, v.32, n.1, e200871pt, 2023.

SOARES, L. H. O papel do 5W2H no planejamento estratégico em saúde. [S.l.]: Prof. Luiz Henrique Soares, 2024. Disponível em: <https://professorluizsoares.substack.com/p/o-papel-do-5w2h-no-planejamento-estrategico-em-saude>. Acesso em: 09 mar. 2026

SOUSA, G. C. et al. A comunicação efetiva como pilar para a segurança e qualidade no atendimento à saúde. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, São José dos Pinhais, v.17, n.13, p. 01-11, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/14167/8267>. Acesso em: 09 mar. 2026

SOUZA, D. L. et al. A perspectiva dos pesquisadores sobre os desafios da pesquisa no Brasil. *Educação e Pesquisa*, v.46, e221628, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1678-4634202046221628>

SUTTELS, V. et al. Point-of-care ultrasound for tuberculosis management in Sub-Saharan Africa – a balanced SWOT analysis. *International Journal of Infectious Diseases*, v.123, p.46–51, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2022.07.009>.

SVENDSEN, B. T. et al. Utilizando cenários de simulação e uma estrutura de debriefing para promover habilidades de feedback entre membros de equipes interprofissionais na

prática clínica. Adv Simul., v.9, n.1, p.39, 2024. DOI: 10.1186/s41077-024-00303-5

TIELEMANS, C. et al. The Westerveld framework for interprofessional feedback dialogues in health professions education. Assessment & Evaluation In Higher Education, v.48, n.2, p.241–257, 2023.

TOLEDO, J.; ARENHART, C. G. M.; ANDRADE, L. M. X. G. A importância da comunicação não violenta para a gestão em saúde. RECIMA21, v. 4, n. 8, e483805, 2023.

USP. Universidade de São Paulo. Normas Governamentais. São Paulo: Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária (Preceu), [20??]. Disponível em: <https://prceu.usp.br/residenciamulti/normas-governamentais/>. Acesso em: 09 mar. 2026

VALE, M. A.; BIASI, E. Y.; LUCCA, S. R. Fatores psicossociais no trabalho e transtornos mentais comuns em profissionais e trabalhadores(as) de saúde. Rev Bras Med Trab., v.23, n.1, e20251421, 2025.

VAN DER KLEIJ FM, FESKENS RC, EGGEN TJ. The influence of feedback on students' learning and performance: a meta-analysis. Educ Psychol Rev. 2015;27(1):105–126.

VIVAS, L. M. et al. Governança, Gestão e Convivência para a continuidade de operações essenciais na pandemia da COVID-19: o caso de BioManguinhos/Fiocruz. In: XLII ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO "Contribuição da Engenharia de Produção para a

Transformação Digital da Indústria Brasileira", 43, 2022, Foz do Iguaçu. Anais [...] Foz do Iguaçu: enegep, 2022.

WITISKI, M. et al. Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde. Cienc Cuid Saude, v.18, n.3, e46988, jul./set. 2019. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/46988>. Acesso em: 09 mar. 2026

