

Vitor Hugo Lima Barreto

**O INTERNATO DO CURSO DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO: visão
de preceptores sobre o processo de ensino-
aprendizagem nos cenários de prática**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção do
título de Mestre Profissional em Ensino
em Ciências da Saúde.

São Paulo

2012

Vitor Hugo Lima Barreto

**O INTERNATO DO CURSO DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO: visão
de preceptores sobre o processo de ensino-
aprendizagem nos cenários de prática**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção do
título de Mestre Profissional em Ensino
em Ciências da Saúde..

Orientador: Prof. Dr. Mario Alfredo
De Marco

São Paulo

2012

Ficha Catalográfica

Barreto, Vitor Hugo Lima

O internato do curso medicina da Universidade Federal de Pernambuco: visão dos preceptores do processo de ensino-aprendizagem nos cenários de prática

Tese (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde

Título em inglês: Teaching and learning during internship placements of the Federal University of Pernambuco: preceptor's perspective.

Palavras-chaves: 1. educação médica 2. graduação médica 3. internato médico 4. integração ensino-serviço 5. preceptoria 6. ensino-aprendizagem

Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em
Saúde

Diretora do CEDESS:

Profa. Dra. Maria Cecília Sonzogno

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação:

Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Vitor Hugo Lima Barreto

**O INTERNATO DO CURSO DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO: visão
de preceptores sobre o processo de ensino-
aprendizagem nos cenários de prática**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção do
título de Mestre Profissional em Ensino
em Ciências da Saúde.

Presidente da Banca:

Prof. Dr. Mario Alfredo De Marco

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eliana Martorano Amaral

Profa. Dra Rosana Fiorini Puccini

Profa. Dra.Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Aprovada em 14/09/2012

Dedicatória

“Dedico este trabalho à minha querida família: Eleonora, mãe e inspiração profissional; Olímpia, avó e provedora de amor incondicional; Lara, esposa e companheira de todas as horas e todas as obras; Ângela, mãe-sogra sempre de braços abertos para acolher; Péricles, pai-sogra orientador dos trajetos, trabalhos e atitudes em vida.”

Agradecimentos

A Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista, coordenadora do programa de mestrado, cujas ações no CEDESS e na Educação na Saúde me inspiram e ensinam.

Ao Prof. Dr. Mario Alfredo De Marco, orientador dedicado, sempre disponível para nossos encontros presenciais e virtuais síncronos ou assíncronos. Agradeço pelo cuidado durante todo o processo de elaboração deste trabalho.

A Profa. Dra. Irani Ferreira da Silva, pela dedicação com que conduziu a turma do Mestrado Profissional 2010 nas disciplinas ministradas, apresentando-me a uma rigorosidade ética e metodológica amorosa.

Ao Prof. Dr. José Antonio Marques Maia de Almeida pela energia, criatividade e bom humor no ensino da educação.

A Profa. Dra. Lídia Ruiz Moreno, pela coragem em desafiar seus estudantes e apropriá-los de segurança.

A Profa. Dra. Maria Cecília Sonzogno, pela dedicação e sabedoria com que conduz a coordenação do CEDESS.

A Profa. Dra. Otília Maria Lúcia Barbosa Seiffert, pelos aprendizados sobre avaliação e sua importância contínua.

A Profa. Dra. Paulete Goldenberg, pela perspectiva crítica da realidade atual e histórica.

Prof. Dr. Nildo Alves Batista, pelo engajamento político inspirador na UNIFESP e na ABEM.

A Sueli Pedroso, Secretária do Mestrado, pela disponibilidade e eficiência na gestão administrativa de todo o Mestrado Profissional.

Aos Professores e Técnicos do CEDESS pelo trabalho e dedicação vivenciados juntos.

Aos meus amigos de turma, por todas as ótimas vivências durante o mestrado, sejam as dificuldades ou as diversões. Um grande abraço a Gustavo, Izaias, Amanda, Adélia, Bernadete, Carlos, Cristiane, Francine, Gilmara, Magali e Stefania.

A todos os que nasceram durante estes dois anos (o Davi, filho do Gustavo, a Lara, filha do Izaias e o Caetano, filho da Cristiane) e me proporcionaram esperança em um mundo melhor.

A Professora Regina Monteiro, orientadora da Residência em Medicina de Família e Comunidade, pela inspiração profissional e para a vida.

Aos estudantes do internato Arnaldo, Cynara, Filippe, Flávia, Leandro e Milton que desenvolveram uma pesquisa em conjunto sobre a perspectiva do estudante do internato e apoiaram a realização do presente estudo.

A Deus e todos os espíritos protetores que me conduzem nesta jornada temporária na Terra.

“Aí é que a posição anterior de autodesvalia, de inferioridade, características da alienação, que amortece o ânimo criador dessas sociedades e as impulsiona sempre às imitações, começa a ser substituída por uma outra, de autoconfiança.” Paulo Freire (1967)

Sumário

Dedicatória	v
Agradecimentos	vi
Lista de figuras	x
Lista de quadros	xi
Lista de abreviaturas e símbolos	xii
Resumo	xiv
Apresentação do autor	xv
1 Introdução	1
2 Objetivos	3
3 Incursão na literatura e na história	4
4 Método	20
5 Resultados	26
6 Discussão	70
7 Conclusões	96
8 Anexos	100
9 Referências	108
Abstract	
Apêndices	

Lista de Figuras

Figura 1. Instrumento para auto-avaliação do preceptor quanto ao seu perfil de <i>feedback</i>	59
Figura 2. Processo de ensino-aprendizagem entre um encontro e outro com o paciente.....	72

Lista de Quadros

Quadro 1.	Ficha de avaliação do Internato de Medicina da Instituição de Ensino.....	37
Quadro 2.	Doze dicas para a boa condução da visita à beira do leito.....	71
Quadro 3.	Modelo de visita em cinco passos	71
Quadro 4.	Modelos de discussão de caso: Tradicional e Preceptor em Um Minuto	74
Quadro 5.	Modelos de discussão de caso: Preceptor em Oito Passos	75
Quadro 6.	Exemplo de discussão utilizando Preceptor em Um Minuto	75
Quadro 7.	Modelo Integrativo para Discussão de Casos (MIDC)	76
Quadro 8.	Método para promover a habilidade de elucidar os sentimentos, incômodos e preocupações dos pacientes.	77

Lista de Abreviaturas e Símbolos

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABP	Aprendizagem Baseada No Problema
APMGC	Associação Portuguesa de Medicina Geral e Comunitária
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais (do Curso de Graduação em Medicina)
DOPCD	Diretrizes de Observação da Prática Clínica Diária
EAD	Ensino à Distância
ESP	Eight Step Preceptor (Preceptor em Oito Passos)
HBL	Hospital Barão de Lucena
HC	Hospital das Clínicas
HMS	Harvard Medical School (Escola Médica de Harvard)
HR	Hospital da Restauração
HU	Hospitais Universitários
IDA	Integração Ensino-Serviço ou Docente-Assistencial
IMIP	Instituto de Medicina Integral de Pernambuco
MIDC	Modelo Integrativo para Discussão de Casos
MTD	Modelo Tradicional de Discussão
NBME	National Board of Medical Evaluation (Comissão Nacional de Avaliação Médica)
NHS	National Health Service (Serviço Nacional de Saúde)

OMP	One Minute Preceptor (Preceptor em Um Minuto)
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OSCE	Objective Structured Clinical Examination (Atendimento de situações clínicas padronizadas)
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPP	Projeto Político Pedagógico
PROMED	Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares na Graduação em Medicina
RAFT	Rapport-building (vinculação), Assessment (avaliação), Focused preceptor development (desenvolvimento focado no preceptor), Thanks/Trinkets (agradecimento)
RIME	Reportar, Interpretar, Manejar e Educar
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

Resumo

Introdução: Os cursos de medicina do Brasil oferecem, nos seus dois últimos anos, o estágio obrigatório nas cinco áreas básicas (clínica médica, cirurgia, pediatria, saúde coletiva e gineco-obstetrícia), chamado Internato. O Internato é o período em que o estudante está em contato direto com a o trabalho e prática médica, sendo responsável por uma parcela importante da formação profissional. Estimulados pela publicação das novas Diretrizes Curriculares para a graduação em Medicina, os cursos implementaram uma ampliação dos cenários de prática muito além dos hospitais universitários. Serviços de saúde das redes municipais e estaduais passaram a compor os estágios do internato. Poucos cursos, porém, apresentam um conhecimento profundo dos cenários de prática da rede de saúde e de como se desenvolve o ensino-aprendizagem facilitado por preceptores nesses serviços.

Objetivo: O presente estudo dedicou-se a conhecer a realidade do Internato do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco através da perspectiva do preceptor. **Metodologia:** Trata-se de um levantamento descritivo, de natureza qualitativa, em um corte transversal, que caracterizou um estudo de campo, aplicado às cinco áreas básicas do internato e que envolveu vinte e um preceptores coordenadores de treze serviços de saúde. Foram realizadas entrevistas, utilizando roteiros semi-estruturados, com os preceptores coordenadores dos serviços de saúde envolvidos no internato, através de uma amostra criteriosa. Os critérios principais foram: ser preceptor coordenador de ensino e atuante na prática diária de preceptoria. Para a avaliação e crítica dos dados foi adotada a análise de conteúdo, realizada em três etapas: pré-análise, análise e inferências e interpretações.

Resultados: Um total de vinte um preceptores foram entrevistados. As categorias temáticas mais relevantes para o estudo foram: expectativa do preceptor para a formação médica durante o rodízio; modelos de ensino da preceptoria; gestão do ensino e integração ensino-serviço. Os preceptores apresentam expectativas diversas entre si, porém coerentes na maior parte com os documentos que referencia a educação médica, porém sem citá-los. Os preceptores apresentam modelos de ensino centrados no preceptor, no estudante e no problema, sendo os últimos uma menor parte. A gestão do ensino apresenta-se de forma pragmática, organizando o encontro entre educador e educando, porém sem planejamento da ação pedagógica em si. A integração ensino-serviço esta representada através de ações pontuais por parte da instituição acadêmica, porém a demanda dos preceptores abrange a educação permanente e fatores motivadores para atuação contínua no ensino. As análises das categorias indicaram um afastamento importante entre as práticas cotidianas nos serviços e o preconizado nas Diretrizes Curriculares e no Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina. **Conclusões:** O estudo representa um aprofundamento sobre as atividades de ensino nos cenários de prática do internato. As categorias analisadas representam pontos cruciais para o aperfeiçoamento da integração ensino-serviço. As expectativas dos preceptores abarcam o conteúdo dos documentos formais, porém estes deverão ter acesso aos marcos referências da reforma dos cursos de medicina para a devida apropriação. Apesar de preconizado, o ensino problematizador é a prática de poucos preceptores com uma formação em educação. Um programa de desenvolvimento docente do preceptor poderá aproximar as práticas diárias nos cenários. Os preceptores exercem uma gestão de ensino focada na agenda de atividades, enquanto que a universidade executa poucas atividades de integração. Ações de integração ensino-serviço específicas poderão qualificar os estágios obrigatórios nos cenários de

práticas na rede de saúde. Planejamentos participativos poderão apoiar a construção de expectativas comuns entre serviços, academia e estudantes. Metodologias ativas de ensino da prática médica poderão ser sugeridas em acordo com as concepções pedagógicas dos documentos de referência. A gestão do ensino poderá ser alvo de ações de educação permanente para preceptores, a fim de aprimorar suas competências educacionais. Outros estudos deverão abordar a perspectiva do estudante, do professor e do gestor, importantes para complementação das informações obtidas no presente estudo.

Palavras-Chave: Educação Médica, Graduação Médica, Internato Médico, Integração Ensino-Serviço, Preceptorial, Ensino-Aprendizagem.

Apresentação do autor

A aproximação da educação na saúde, enquanto objeto de minha curiosidade, aconteceu durante a graduação de medicina, iniciada em 1999, na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Ingressei no movimento estudantil, entusiasmado com os jogos internos, e conheci um mundo diferente do que me havia sido apresentado até o terceiro semestre da graduação. Descobri a extensão universitária, através de projetos de educação popular em saúde; descobri o movimento de reforma da educação médica, participando da IV Fase do Projeto da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM); descobri a humanização em projetos que proporcionavam um contato diferenciado com pessoas internadas no Hospital Universitário.

A extensão apresentou-me Paulo Freire, o que enalteceu minha “Pernambucanidade”. Os diálogos que travei com Freire, em seus livros, aproximaram-me do Centro de Educação da UFPE, onde conheci a Profa. Eliete Santiago, discípula de Paulo, que me mostrou a possibilidade de educar de forma bela e cuidadosa.

Os encontros da CINAEM expressaram meus sentimentos e pensamentos sobre o processo educativo que vivia nas disciplinas da graduação médica, e foram muito além. Conheci uma comunidade com a qual me identifiquei e me vinculei enquanto ser humano, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

A humanização me provou a possibilidade de ser um profissional diferente e produzir saúde e cuidado com alegria, prazer e empatia.

Desde então, me aproximei da história local da reforma do curso de medicina da UFPE. Na época, em 2002, a coordenação do curso estava nas mãos de Profa. Emília Perez, que conduziu todo o processo de transição curricular de maneira corajosa e participativa. Fui aluno monitor do Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares na Graduação em Medicina (PROMED) e participei dos bastidores da reforma, compreendendo suas maiores dificuldades e limitações, aprendendo que era com um passo a frente que não estávamos mais no mesmo lugar, parafraseando Chico Science.

Após a graduação, fiz residência em Medicina de Família e Comunidade na primeira turma da UFPE e tive oportunidade de dar continuidade às construções vivenciadas na graduação. Através de uma proposta construtivista, os residentes integravam o planejamento de suas atividades educativas, foi quando vivenciei minha primeira experiência docente na graduação médica.

Os residentes participavam do planejamento e execução de um módulo da graduação intitulado Fundamentos da Atenção Básica I. Tal módulo passou a ser campo de prática de uma ação docente reflexiva: de aulas teóricas e provas, transitamos para tutorias e objetivos de aprendizagem. As narrativas docentes refletiam minhas próprias contradições educativas, mesclando um modelo educativo tradicional, bancário, com um modelo educativo emergente, libertário. O tema foi produto de minha monografia de conclusão da residência, apresentada no Congresso Brasileiro de Educação Médica em 2008.

A residência apresentou-me, também, a novos desafios pedagógicos, entre estes, o da preceptoria. Fui médico preceptor de internos e residentes do primeiro ano e, através desta prática, interessei-me pelo ensino em serviço e, conseqüentemente, pela integração docente-assistencial.

Atualmente, continuo com o duplo encargo na educação de profissionais de saúde, de preceptor e docente, porém não mais como residente, mas como professor da UFPE e Médico de Família da Prefeitura da Cidade do Recife. E é nesse contexto que me esforço para tentar transformar o que está ao meu alcance.

1 INTRODUÇÃO

O trabalho realizado teve por base uma pesquisa de campo dedicada a ouvir diretamente os protagonistas do dia-a-dia do internato de medicina da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Focalizou particularmente o papel que o supervisor de estágio ou preceptor tem no processo de ensino-aprendizagem da prática médica.

Preceptores das redes estaduais e municipais têm adquirido uma responsabilidade crescente na formação médica no Brasil e no Mundo. São profissionais da assistência ou da gestão que aceitam receber em sua rotina diária estudantes matriculados nos últimos dois anos do curso de medicina. A busca empreendida no presente estudo visa ampliar a compreensão e dar maior visibilidade aos eventos que constituem as práticas dos estudantes de medicina, conduzidos pelos supervisores.

A trajetória percorrida nesta pesquisa tem pontos em comum com o estudo desenvolvido por Paul Worley *et al* (2004), que através das anotações em diários de campo feitas por estudantes, identificaram as atividades pedagógicas rotineiras do ensino da prática médica, na Austrália. Também com o trabalho de Andrew Grant *et al* (2010) na Atenção Primária da Inglaterra, onde utilizaram grupos focais e incidentes críticos para estudar as atividades de preceptoria nos estágios locais. Estes autores e suas pesquisas foram encontrados durante a trajetória percorrida na elaboração e execução da pesquisa e foram importantes para compreensão do material analisado, embora não haja nem continuidade nem integração significativas entre a presente pesquisa e aquela linha de trabalho já publicada.

A literatura específica na área da educação médica apresenta como principais destaques nos últimos anos os trabalhos desenvolvidos pela Associação Brasileira de Educação Médica mediante a realização de fóruns específicos para o internato de medicina, além de apresentação de relatórios com a síntese elaborada durante os espaços coletivos de discussão.

O principal enfoque ao se realizar a pesquisa em apreço visa precisamente fazer com que a atuação dos profissionais de saúde seja mais valorizada pelas instituições acadêmicas. A pesquisa reconhece suas dificuldades e facilidades, assim determinando pontos cruciais para a intervenção e apoio docente das escolas de ensino superior.

Afora o empenho de se buscar contribuir para uma síntese sobre a temática, quase 10 anos após a implantação em 2003 do novo currículo do ensino médico na UFPE, a presente pesquisa valorizou especialmente o fato de abrir espaço à reflexão e dar voz aos personagens silenciosos desse sistema, pessoas de fato dedicadas à formação dos estudantes. Tenta-se dar clareza às relações humanas que ocorrem no processo de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho profissional, dentro de instituições públicas de saúde e de prática para estudantes em formação que aí convivem.

A importância do presente trabalho está diretamente ligada à necessidade marcante de um maior número de estudos do tema. Está em jogo o aperfeiçoamento da proposta de formação dos graduandos em medicina em todo o país. É preciso ir à busca da melhoria da qualificação teórico-prática-experiencial desses estudantes, da valorização e de oportunidades novas de aperfeiçoamento para os preceptores; repercussões disso vão aparecer na interação com os usuários dos serviços de saúde, na melhoria das relações nos ambientes de serviço de saúde, entre muitos outros benefícios sociais, profissionais e educacionais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer as principais características do processo de ensino-aprendizagem em serviços de saúde da rede local bem como sua coerência com os objetivos de aprendizagem propostos pela instituição universitária de ensino e com as diretrizes curriculares para o internato do curso de medicina tendo por base o relato de preceptores coordenadores envolvidos.

2.2 Objetivos Específicos

Conhecer a proposta e a oferta de ensino-aprendizagem dos cenários de prática dos serviços de saúde mediante o relato dos preceptores;

Analisar a oferta pedagógica dos preceptores e suas respectivas unidades de saúde para os estudantes durante os rodízios, tendo por base o relato dos preceptores;

Comparar os objetivos de aprendizagem propostos pela academia e pelas diretrizes curriculares com aquelas da oferta dos cenários de prática identificadas e analisadas neste trabalho.

3 INCURSÃO NA LITERATURA E NA HISTÓRIA

A educação médica está intimamente relacionada à prática médica e à organização da prestação de cuidados em saúde. No Brasil, durante o período colonial, a aprendizagem do cuidar não se dava nas universidades, já que estas não existiam. O ensino da medicina acontecia no dia-a-dia através do difícil, mas inevitável, diálogo entre índios, negros, jesuítas, físicos, barbeiros e boticários. Os aprendizes eram escolhidos de forma personalista e o cenário de aprendizagem não incluía livros escritos ou aulas teóricas. As Casas de Misericórdia tornaram-se, após a chegada da Família Real e fundação das primeiras escolas médicas, os campos de prática do cuidado, dominados pela perspectiva religiosa. Anteriormente à instalação da formação em ambiente acadêmico, os manuais médicos ganharam popularidade entre os que não tinham acesso a profissionais, constituindo a medicina de cabeceira. Com o desenvolvimento das primeiras escolas médicas, os grandes hospitais se tornaram o principal cenário de aprendizagem, através da implementação do modelo anatomoclínico francês e do paradigma climatológico da patologia. Este último justificaria o corporativismo da época, restringindo atuação médica e publicações à aprovação de instituições regionalizadas. O ensino da atuação médica adquiriu, nesta época, um caráter progressivamente observacional. Os anfiteatros representam bem a estrutura das instituições de ensino onde os estudantes assistiam as intervenções do cuidar (EDLER; FONSECA, 2006).

O primeiro movimento em prol da melhoria do ensino médico aconteceu em 1870, através das Conferências Populares da Glória. Representavam um espaço para compartilhar as atualidades da ciência, cultura e política entre acadêmicos e membros da aristocracia. Neste palco, foram denunciadas as condições precárias do ensino médico e, após um longo período de reclamações públicas, programaram-se as melhorias necessárias à época. As melhorias culminaram nas Reformas Sabóias que seguiam uma influência germânica, com a construção de diversos laboratórios e reestruturação dos currículos médicos. A Lei do Ensino Livre (1879) e a Constituição Republicana (1891) tornaram-se marco legal importante para a criação de novas

escolas médicas no Brasil. Aos poucos os ambientes laboratoriais foram mesclando-se ao pragmatismo clínico, unindo pesquisa e prática médica (EDLER; FONSECA, 2006).

O relatório de Flexner, publicado em 1910 nos Estados Unidos representou mais uma virada de página nesta história: denunciou o ensino médico observacional, fortaleceu a importância e excelência dos Hospitais Universitários em sua fragmentação do cuidado através das diferentes enfermarias para cada especialidade médica. O relatório Flexner apropriou o ensino e a pesquisa da capacidade de um maior aprofundamento nas especialidades médicas, porém direcionou a prática para um modelo compreendido por Edgar Morin como reducionista (2003). Os estudantes acabavam por se vincularem a um dos setores do hospital durante todo o curso médico. Acabavam por se super especializarem antes mesmo do término do período da graduação. Isto provocou uma incoerência importante entre o perfil dos recém-graduados e a demanda encontrada na prática clínica.

Coerente com o paradigma científico vigente à época e com os desafios de saúde enfrentados pela sociedade, o relatório impulsionou a medicina para a superespecialização, sob forte influência da corporação médica associada ao grande capital, principalmente da indústria farmacêutica e instituiu o sistema médico capital-monopolista associado às universidades (PAGLIOSA; ROS, 2008).

O objetivo da medicina científica era conhecer as unidades básicas ou elementares da física, química e biologia e encontrar nestas as respostas para os problemas, a exemplo das doenças infectocontagiosas, combatendo-as através de um arsenal terapêutico medicamentoso. As universidades e suas escolas médicas se subdividiram em departamentos específicos para produção de conhecimento e ensino de graduação e pós-graduação. A graduação foi cindida em ciclo básico e clínico e cada universidade constituiu seu próprio hospital-escola para oferecer um ensino exclusivamente hospitalar.

Os demais serviços de saúde se organizaram de forma semelhante, construindo ilhas de referência buscadas aleatoriamente por usuários no seu itinerário de cuidado. As conquistas do modelo hegemônico são comemoradas até

hoje, principalmente por ter possibilitado um extenso aprofundamento científico em subáreas do conhecimento biomédico. As perdas, porém, também foram importantes, considerando a exclusão de diversas racionalidades do cuidado existentes na época, como a homeopatia, plantas medicinais, por exemplo (PAGLIOSA; ROS, 2008).

Contemporâneo ao de Flexner, o Relatório de Dawson de Penn, produzido em 1920 na Inglaterra, sob as influências devastadoras de uma guerra mundial e suas dificuldades assistenciais, propôs pela primeira vez uma organização diferenciada dos serviços de saúde e da educação médica.

Para o melhor aproveitamento dos recursos destinados à saúde, Dawson criou a noção de serviços primários, secundários e terciários, organizados a partir de critérios epidemiológicos, integrando a medicina preventiva com a curativa a partir das necessidades da população. Propunha, ainda, a coordenação do sistema por uma organização governamental, preâmbulo dos atuais sistemas nacionais de saúde (PENN, 1920).

Neste novo modelo, o médico generalista ganhava destaque, pois era o profissional responsável pela coordenação do cuidado e regulação do acesso aos demais serviços; diferente do proposto por Flexner, em que o usuário era o principal regulador, transitando entre os serviços e especialidades de forma praticamente aleatória, muitas vezes influenciado por interesses mercantis.

A proposta de Dawson influenciaria diretamente a formação médica e centraria esforços na formação de um profissional generalista, preparado para assistir a grande maioria da população. Os hospitais universitários fariam parte integrante do sistema, constituído enquanto referência para as situações sem resolução no nível primário ou secundário. O relatório Dawson consolidou na história da humanidade a saúde enquanto direito.

Através da história mais recente da organização dos sistemas de saúde no mundo e do ensino da medicina, é possível perceber influências diretas dos dois relatórios. No Brasil, porém, a predominância da influência do sistema médico capital monopolista foi e ainda é evidente, tanto no sistema de saúde como nas escolas médicas (PAGLIOSA; ROS, 2008).

A consolidação do sistema público de saúde no Brasil esteve em constante disputa com os interesses corporativos e do grande capital. Das Casas de Misericórdia, Caixas de Aposentadorias e Pensões, Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social até o Sistema Único de Saúde (SUS), é notório o avanço da saúde na perspectiva dos direitos humanos.

Hoje se convive, porém, com um sistema misto, onde o acesso à saúde continua a ser influenciado pelo mercado. As escolas médicas, em sua maioria sob forte influência do modelo flexneriano, estão compartimentalizadas em departamentos, cujos interesses estão muitas vezes dissociados das necessidades do sistema de saúde e da população.

A produção do conhecimento e de recursos humanos está sob o forte impacto das indústrias relacionadas ao setor da saúde. Em especial, as indústrias farmacêuticas e de exames complementares têm grande interesse nas competências e/ou incompetências desenvolvidas durante a graduação médica. As incompetências tornam-se extremamente relevantes, pois permitem ao profissional ser facilmente manipulado com o assédio de informações divulgadas por essa indústria, quase sempre repletas de conflitos de interesse.

Foi neste contexto que no mundo e, consecutivamente, no Brasil surgiram os movimentos de reformulação do ensino médico. A influência de Flexner chegou às escolas brasileiras na década de 40, no primeiro movimento de reestruturação significativa das faculdades de medicina. Em 60, uma nova reformulação criou os departamentos de Medicina Preventiva, a partir de uma influência da saúde pública e do relatório de Dawson (MARSIGLIA, 1995).

Na década de 70, a perspectiva de Medicina Comunitária ganhou força, aproximando ainda mais o mundo do serviço e do ensino (MARSIGLIA, 1995). Marco histórico mundial, as conferências de Edimburgo, organizadas pela Federação Mundial de Educação Médica e influenciadas pela Declaração de Alma Ata de 1978, trouxeram uma reflexão sobre a educação médica em países desenvolvidos e em desenvolvimento (FEUERWERKER, 2006).

A Declaração de Edimburgo ressaltou a necessidade de mudanças na formação de médicos, orientando os países a diversificarem os campos de práticas segundo as necessidades reais da população, incorporando, além dos conhecimentos técnicos, competências profissionais e valores sociais à educação. Os profissionais deveriam desenvolver a educação permanente através de metodologias ativas de aprendizagem, integrando o conhecimento científico com a atuação em serviços de saúde na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças (FEUERWERKER, 2006).

No Brasil, a reflexão sobre o ensino da medicina ganhou mais força com o projeto da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), em 1996. Contando com uma ampla representação de instituições envolvidas no ensino da medicina e através de metodologias participativas, a Comissão elaborou em suas primeiras etapas um diagnóstico acerca das escolas brasileiras (MERHY; ACIOLE, 2003).

O diagnóstico inicial apresentou pontos cruciais, que precisavam ser mudados para a qualificação da formação dos profissionais médicos, entre eles: inadequação do modelo pedagógico das escolas às necessidades da população; dificuldades na gestão e no planejamento dos cursos de medicina; ausência de formação pedagógica do corpo docente e desempenho insatisfatório dos estudantes ao final da graduação (MERHY; ACIOLE, 2003).

Em fases subsequentes, a CINAEM definiu eixos para a transformação local das escolas: o novo processo de formação, a profissionalização da docência médica, a gestão transformadora e a avaliação transformadora.

Concomitante aos trabalhos da CINAEM e em consequência da aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Brasileira, foram produzidas, de maneira participativa, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN). As Diretrizes representaram um marco legal para a transformação do ensino da medicina no Brasil (BRASIL, 2001).

A partir da produção da CINAEM e das Diretrizes, os Ministérios da Saúde e da Educação passaram a integrar uma série de ações para incentivar e financiar a transformação das escolas. Os projetos e programas com este objetivo foram: o

PROMED, Projeto de Incentivo às Mudanças Curriculares na Graduação em Medicina; o PRÓ-SAÚDE, Programa Nacional de Reorientação da Formação de Profissionais da Saúde, incluindo outras áreas além da medicina; e mais recentemente as diversas modalidades do PET-SAÚDE, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde.

As repercussões de todos estes incentivos foram singulares em cada escola, representando avanços diferentes e peculiares. No curso de medicina da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), o movimento mundial e nacional de transformação da educação médica teve um reflexo direto na reforma curricular que aconteceu no ano de 2003.

A participação dos docentes do curso de medicina da UFPE nos espaços de discussões nacionais da educação médica foi sempre proativa, em especial dos professores dos departamentos Materno-Infantil e Medicina Social. Neste sentido, a UFPE integrou a CINAEM, participou da construção das DCN, elaborou projetos para o PROMED, PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE.

Em 2003, a UFPE consumou a reforma curricular do curso médico com a produção de um Projeto Político Pedagógico (PPP) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2006), a exemplo do movimento nacional, de maneira participativa. Tal projeto apresentava, como principais avanços, a implementação de eixos verticais e horizontais como estratégia para integração dos conhecimentos, além do aumento da duração do internato, estágio final obrigatório, de um para dois anos, diversificando os cenários de prática pelas redes municipal e estadual de saúde. Apesar da diversificação dos cenários, o ensino continua concentrado dentro de instituições de nível terciário. A maior parte dos rodízios acontece em centros hospitalares, enquanto que uma menor parte acontece em serviços de saúde secundários e primários. A incoerência entre a necessidade de saúde da população e a vivência dos estudantes persiste.

Entre as limitações, o movimento local de reforma não conseguiu concretizar a profissionalização de seu corpo docente e conseqüentemente não introduziu metodologias ativas de ensino-aprendizagem na graduação, apesar de algumas iniciativas particulares. A gestão do curso, representada pela coordenação,

não conseguiu vencer as barreiras impostas pelos treze departamentos envolvidos na formação médica, permanecendo fragilizada para a implementação de mudanças mais concretas.

Com a expansão dos campos de prática do internato, a Integração Ensino-Serviço ou Docente-Assistencial (IDA) tornou-se mais um grande desafio para a gestão do curso, aumentando em muito o número de atores envolvidos no ensino da graduação, em especial os preceptores. Estes, apesar de não constarem na lista oficial, ampliaram o corpo docente da UFPE, adquirindo um papel fundamental na formação dos estudantes de medicina.

A Integração Docente-Assistencial é alvo de políticas públicas da saúde e da educação há muitas décadas. Marsiglia aborda o tema historicamente através de uma descrição das diversas publicações governamentais acerca do tema e da evolução do conceito de integração docente-assistencial, incluindo características de co-gestão, multidisciplinaridade, educação permanente e pesquisa no trabalho. Analisa, ainda, as resistências apresentadas pela academia no processo de integração, à época concentrado nos departamentos de Medicina Preventiva e nas experiências de Medicina Comunitária (MARSIGLIA, 1995).

As DCN afirmam a necessidade de que a IDA esteja presente longitudinalmente na graduação. É, porém, no internato médico que essa relação se intensifica na vida do estudante, da escola e dos serviços. A integração entre sistema de saúde e escola trouxe um benefício especial às novas faculdades de medicina que não possuíam serviços próprios. O SUS representa um campo de prática público para escolas públicas e privadas, o que para as últimas se torna um serviço gratuito que seria responsável por uma boa parcela dos gastos necessários à educação médica.

É interessante, porém, perceber a mudança do perfil de escolas médicas no aspecto público-privado. Atualmente, as escolas privadas superaram numericamente as escolas públicas, porém com avaliações até então inferiores. Entra em jogo um novo conflito de interesses, não relacionado com a indústria de insumos para a saúde, mas diretamente envolvida com a formação de profissionais.

Grande parte do custo da formação de profissionais de saúde está no desenvolvimento de suas atividades práticas (PIERANTONI, 2009). Desta forma, se as escolas privadas necessitassem estruturar serviços próprios de saúde, isso inviabilizaria economicamente seu funcionamento. A IDA torna-se, portanto, uma solução para este problema, principalmente no Internato.

O internato do curso de graduação em medicina é o período relativo aos dois últimos anos da formação médica. Teve seu início nas escolas médicas na década de 40 por influência do modelo americano, como complemento às atividades teóricas desenvolvidas nos anos iniciais do curso. Em 1969, tornou-se obrigatória em todas as escolas (CHAVES; GROSSEMAN, 2007). Também chamado de estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, foi descrito de forma bastante superficial nas Diretrizes Curriculares:

A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2001, p.4).

O internato de medicina tem sido fonte de fóruns nacionais, no intuito de aprofundar sua compreensão. A Associação Brasileira de Educação Médica, em seus diversos encontros desde 2006, priorizou essa pauta em sua programação, determinando o internato como um dos programas prioritários da instituição. Entre as diversas conclusões dos fóruns anuais, estava a necessidade de pesquisar o momento do internato e produzir documentos específicos que direcionassem as características do estágio de forma mais detalhada que a exposta nas DCN (STREIT *et al*, 2009).

A proposta da ABEM é constituir, dada sua complexidade, diretrizes específicas para o internato, norteadas pela DCN, que considerem a formação do profissional com competências para a atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, gerenciamento de recursos e educação permanente. Além do desenvolvimento docente, a ABEM incluiu a formação pedagógica do preceptor como mais uma prioridade para a qualificação do Internato.

Um grupo de trabalho, constituído por docentes de todo Brasil, elaborou e aplicou, em 2006, um questionário com o objetivo de conhecer a realidade dos internatos nas escolas. Os resultados apontaram aspectos importantes do estágio no país, entre eles: a estruturação estava centrada nas cinco áreas básicas do ensino médico, incluindo a saúde coletiva; a expansão da duração do estágio obrigatório de um para dois anos havia sido consenso entre as escolas; na maior parte do tempo, os estudantes estagiavam em hospitais da rede, seguindo um modelo ainda hospitalocêntrico, principalmente nos rodízios de clínica médica, cirurgia e gineco-obstetrícia (STREIT *et al*, 2009).

A pesquisa diagnosticou ainda que: raros programas ofereciam aos acadêmicos a escolha de um rodízio optativo; os modelos de avaliação encontrados estavam concentrados no aspecto cognitivo da aprendizagem, através de provas escritas e testes de múltipla escolha ao final do estágio; poucos programas realizavam a avaliação dos atores que integravam o internato, como docentes ou preceptores (STREIT *et al*, 2009).

Entre os principais avanços, estaria a inserção dos internos em todos os níveis de atenção, inclusive primária, apesar das desproporções na duração dos estágios. A supervisão por preceptores estaria concentrada no período da manhã, e nos outros momentos o estudante ficaria sob supervisão do residente. Percebeu, por fim, a falta de formação para o trabalho de supervisão, tanto do preceptor quanto do residente (STREIT *et al*, 2009).

Nesta perspectiva, os profissionais de saúde dos serviços de assistência depararam-se com o desafio de construir um novo papel profissional. A origem da palavra preceptor vem do termo latim *praecipio*, que vem de *pre* e *capio* e no seu sentido original significa prescrever, tomar antecipadamente. Foi, também, aplicada aos mestres das ordens militares, mas, desde o século XVI, vem sendo utilizada para designar aquele que dá preceitos ou instruções, educador, mentor, instrutor. O termo preceptor atualmente é utilizado para denominar o papel educativo destes profissionais e vários estudos têm focado seu papel formador.

Na literatura de educação na saúde, existe um consenso quanto ao conceito de preceptor (BOTTEI; REGO, 2008). Percebe-se a utilização da

nomenclatura para designar aquele profissional que não é da academia e que tem importante papel na inserção e socialização do graduando ou recém-graduado no ambiente de trabalho, tendo a função de estreitar a distância entre teoria e prática. O termo está associado a diversos contextos, como: condução, instrução clínica, supervisão em ato, ensino (OMANSKY, 2010). Em geral, constitui uma relação de ensino-aprendizagem com tempo determinado e objetivos pré-definidos externamente pela instituição de ensino do educando.

O preceptor representa um modelo para a atuação prática do estudante, guiando-o na organização de comportamentos e estratégias para o cuidado aos usuários (BAKER; WALKER, 2003). A relação representa uma oportunidade de experimentação das pressões do dia-a-dia no trabalho com usuários e com outros profissionais, do sistema local, estadual e federal, suas leis e regulamentações. Entre as responsabilidades da preceptoria está também a de avaliar a evolução da aprendizagem dos estudantes, garantindo a concretização dos objetivos pré-definidos (SHANNON *et al*, 2006).

Diversas pesquisas no mundo têm escutado os profissionais em atuação como preceptores, apresentando fatores facilitadores e dificultadores do trabalho formativo em serviço. Os aspectos apresentados como positivos classificam-se em três categorias: afetivos, cognitivos e materiais (AGUWA, 2008, p.606). Entre os ganhos afetivos estão: a gratidão dos profissionais pela preceptoria recebida na sua época de estudante, que os estimula a repetirem o mesmo com novos acadêmicos; a percepção de crescimento pessoal relacionado com o processo de ensino; o prazer vivenciado no ensino e na aquisição de competências pedagógicas; a construção de vínculos afetivos com os estudantes e, ainda, a aproximação com a academia.

Cognitivamente, os profissionais se sentem estimulados a estudar mais para ensinar e entram em contato com novos conhecimentos apresentados pelos estudantes (OMANSKY, 2010). Outros benefícios envolvem remuneração adicional, certificação complementar, acesso a bibliotecas universitárias, além de descontos em eventos de educação continuada como congressos, cursos, etc. Existem ainda ganhos que não são discutidos abertamente pelos preceptores, como a divisão da

carga de trabalho diário, a representação enquanto referência para estudantes que o indicarão pacientes e a influência na escolha profissional dos educandos.

Os fatores considerados obstáculos para a preceptoria estão relacionados aos atores participantes do processo de ensino-aprendizagem: instituição de ensino; gestão e equipe do serviço; preceptor. Os relacionados à academia seriam tanto a pouca participação do corpo docente nos serviços, quanto a participação excessiva, em que o docente confunde sua atuação com a tarefa assistencial (BAKER; WALKER, 2003). A comunicação inadequada com a universidade também é um fator dificultador, como, por exemplo, quando a instituição não informa previamente sobre a chegada de um estudante ao serviço e seus objetivos de aprendizagem (OMANSKY, 2010).

No âmbito da gestão e equipe do serviço, as dificuldades são a falta de apoio dos gestores institucionais e de outros profissionais do serviço ao preceptor, sobrecarregando-o ainda mais. Em vários serviços, a assistência não está organizada para receber os estudantes, o que requer do preceptor esforço no sentido de planejar suas atividades assistenciais em conjunto com as educacionais (BAKER; WALKER, 2003). Alguns preceptores referem uma diminuição de produtividade devido à função educativa, e muitos usuários preferem ser atendidos pelos profissionais a estudantes (SHANNON *et al*, 2006).

O principal obstáculo referente aos próprios preceptores é o excesso de funções, que dificulta sua participação em eventos propostos pelas instituições de ensino. A responsabilidade com os estudantes, quando percebida como mais uma tarefa dentro das diversas atribuições, é considerada fator de risco para estresse e até mesmo para a “síndrome do estresse laboral crônico”.

Vários preceptores afirmam ainda se sentirem frustrados quando percebem não corresponder às demandas dos estudantes. Tal situação ocorre com maior frequência quando os objetivos de aprendizagem propostos pela academia não são bem compreendidos pelo preceptor, ou quando não correspondem à realidade no serviço. O planejamento do horário para atividades do serviço e da preceptoria também é um aspecto difícil, caso o profissional não tenha habilidade ou tempo para se organizar (OMANSKY, 2010). Por último, muitos preceptores

identificam nos estudantes necessidades individualizadas, que requereriam um cenário de prática peculiar para cada um, porém, nem sempre os profissionais têm capacidade de coordenação e planejamento para lidar adequadamente com tais singularidades.

Na perspectiva de aperfeiçoar a integração ensino-serviço, as instituições de ensino têm elaborado diversas estratégias de atuação. Manuais para preceptores, estudantes e professores são desenvolvidos, no intuito de esclarecer papéis e objetivos (BAKER; WALKER, 2003). Estão sendo criadas propostas para que a função do preceptor seja equiparada ao status de docente das universidades, além da carga horária da preceptoria ser contada como crédito para programas de pós-graduação e pontuação para comissões de acreditação profissional (OMANSKY, 2010).

Vários meios de comunicação são utilizados para melhorar as relações entre preceptores, estudantes e professores, como encontros presenciais, telefone, internet (lista de emails, portais virtuais dos cursos), vídeos e CD-ROMs educativos (BRAMSON *et al*, 2007). A abertura de mecanismos de troca de informação é essencial para que os preceptores possam contribuir com a elaboração dos objetivos desenvolvidos pelos professores e estudantes, avaliação dos estudantes e participação no mundo acadêmico por meio da pesquisa e extensão. A importância da educação permanente tem sido enfatizada em iniciativas como oficinas, seminários e cursos de ensino a distância, onde as competências pedagógicas são desenvolvidas; todavia, o comprometimento de preceptores ainda é pequeno, fato que alerta para a importância do apoio e incentivo dos gestores a tal participação.

O interesse dos preceptores vai desde conhecimentos técnico-científicos até competências pedagógicas. A gestão dos serviços de saúde tem proposto a diminuição da demanda assistencial para os profissionais envolvidos com o ensino, além de determinação de carga horária específica para as atividades educativas, como na Política Nacional de Atenção Básica, reconhecendo a sobrecarga sobre estes profissionais como fator prejudicial à qualidade da preceptoria (BRASIL, 2006).

Em muitos países, a certificação da preceptoria dá ao profissional direito à carteira de professor, conferindo descontos em eventos científicos e culturais, entre

outros. Os preceptores referem ainda como expectativas a participação em atividades de pesquisa, remuneração financeira e acesso a bibliotecas universitárias (AGUWA, 2008).

Algumas instituições têm investido no desenvolvimento de competências para preceptoria. Dois exemplos são o Programa Plataforma da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Comunitária (APMGC) e a Capacitação de Preceptores para Programa de Residência da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). O programa plataforma estabelece cinco competências fundamentais para o(a) preceptor(a): a de planejamento, de elaboração de metodologias de ensino-aprendizagem, relacional, técnica e avaliativa (CARVALHO *et al*, 2004, p.147).

Entre atitudes importantes para preceptoria segundo a SBMFC estariam: cordialidade, capacidade de aceitação, empatia, autenticidade, capacidade de escuta, conhecimento de si, inquietude cultural, maturidade, inteligência e rapidez mental, estabilidade emocional, bom caráter, juízo crítico, liderança (LOPES, 2006).

Em relação às competências relacionadas a metodologias de ensino, várias técnicas têm sido desenvolvidas para a aprendizagem em serviço, entre elas: consulta ombro a ombro, filmagem e discussão de consultas, discussão de casos clínicos, seminários temáticos, perguntas pedagógicas, objetivos de aprendizagem pactuados e observação direta. A discussão de casos clínicos é a metodologia mais utilizada, para ela foram desenvolvidos modelos como o “one minute preceptor” (preceptor em um minuto) e o “eight step preceptor” (preceptor em oito passos) (BAKER; WALKER, 2003).

Com relação à avaliação do educando, a SBMFC recomenda algumas ações a serem seguidas pelos preceptores: centrar no desempenho e não na personalidade; compreender a resposta do estudante ao retorno do preceptor; refletir os comportamentos em relação ao resultado com usuários; garantir privacidade; ser honesto e ter o intuito construtivo, comunicar a avaliação à instituição de ensino; compartilhar as estratégias de melhora específicas para cada estudante e não generalizar as colocações para o grupo todo (BAKER; WALKER, 2003).

Em uma avaliação informal do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, ao final de um dos semestres letivos, percebeu-se que desde o início da reforma do curso, em 2003, o número de preceptores (mais de mil profissionais) superou em muito o número de professores (aproximadamente quatrocentos). Até o momento, porém, não existe um cadastro institucional dos preceptores atuantes no curso. A ampliação dos campos de prática para os serviços de saúde que estruturam o Sistema Único de Saúde em Pernambuco incluiu equipes inteiras de profissionais na tarefa de educar médicos em formação, principalmente durante o Internato (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2010).

Como exemplo, pode-se citar o Departamento Materno-Infantil, com seus dezoito professores, em comparação com os mais de duzentos preceptores envolvidos nos rodízios do internato em pediatria. O mesmo ocorre com as outras áreas básicas dos rodízios do internato: clínica médica, cirurgia, saúde coletiva e ginecologia-obstetrícia.

Desde o início da reforma, diversas atividades foram realizadas pela Coordenação do Curso de Medicina da UFPE, no sentido de aprimorar a integração ensino-serviço através de planejamentos, oficinas de integração, etc. Em abril de 2010, foi planejada e realizada uma oficina para preceptores dos diversos níveis assistenciais do sistema de saúde. O relatório produzido durante o evento apontou uma série de metas a serem alcançadas, coerentes com a revisão bibliográfica do tema (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2010).

Entre as principais atividades listadas no relatório estavam: planejamento e pactuação de objetivos de aprendizagem previamente à chegada dos estudantes nos serviços; criação de mecanismos de comunicação entre a academia e os serviços; percepção da equipe de saúde do serviço enquanto equipe preceptora multiprofissional; apoio pedagógico e avaliação mútua (estudante/preceptoria e serviço) através de instrumentos específicos.

Constavam ainda como propostas no documento: produção de um manual de preceptoria com uma compreensão integral do curso de medicina (plano de atividades, carta de apresentação, objetivo do estágio, conteúdo teórico, competências, método de avaliação, etc.); disponibilização de bibliografia referente

ao desenvolvimento pedagógico da preceptoria; contribuição da academia para formação permanente dos profissionais enquanto preceptores e orientação dos serviços de assistência universitários enquanto referência terciária e quaternária para a rede de saúde; desta forma os serviços da rede dariam acesso ao hospital universitário.

As atividades discriminadas no relatório como inerentes à preceptoria foram: organização do processo de trabalho para garantir a inserção do estudante no acolhimento, recepção, orientação e auxílio aos estudantes; planejamento, sob a coordenação do preceptor de referência, da execução das atividades propostas pelos cursos; participação no planejamento destas atividades junto aos cursos; ênfase na importância do trabalho em equipe, do estabelecimento de vínculo com o usuário, da abordagem familiar e dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Ainda consideradas funções do preceptor foram: inclusão dos estudantes no processo de trabalho em equipe multiprofissional, tendo em vista as particularidades e especificidades de cada profissão, respeitando campo e núcleo de saber; adoção de postura ética e profissional; desenvolvimento da capacidade de avaliar e ser avaliado, proposição e participação nos processos de avaliação.

Quanto às atividades do corpo docente, foram acrescentadas ao relatório: acompanhamento dos serviços de saúde para apoio matricial; participação nas reuniões de discussão de caso; instituição do papel do tutor de referência por unidade, que integre as práticas de todos os cursos; supervisão docente, se possível no serviço, principalmente para atividades específicas dos cursos em que não há profissionais da área na equipe; supervisão local das atividades propostas (visitas periódicas ao serviço e à área), mantendo contato com a equipe.

Os docentes foram considerados responsáveis ainda pela definição de objetivos para as práticas dos estudantes (visitas, aulas práticas, estágios curriculares); comunicação antecipada à equipe sobre o envio do estudante ao serviço, para que esta possa se estruturar na distribuição de tarefas; planejamento, monitoramento e avaliação das atividades e estágios, adequando-os de acordo com a necessidade e disponibilidade do curso e do serviço; orientação e estímulo à

avaliação dos estudantes pela equipe e vice-versa, propondo instrumentos para enriquecê-la.

O relatório considerou, igualmente, funções dos professores da instituição de ensino: o estímulo à participação dos preceptores e da equipe na avaliação final do estágio/atividade; a disponibilidade e abertura para troca de conhecimentos, procurando estar familiarizado com o modelo de assistência à saúde e sua prática; o diálogo com a equipe sobre os estágios e promoção da interdisciplinaridade; a orientação dos estudantes quanto à interação com a equipe e comunidade (postura, identificação, vestimentas, etc.) e a construção de um grupo de trabalho docente que funcione como referência para a equipe e os estudantes nos assuntos pertinentes aos estágios e atividades (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2010).

Desde a reforma curricular em 2003, o Internato do curso de medicina da UFPE não foi oficialmente avaliado. O estágio envolve serviços das redes municipal, estadual e federal em todos os níveis assistenciais. Profissionais das diversas especialidades médicas, incluindo em alguns rodízios, profissionais de outras áreas da saúde, participam da formação de futuros médicos. Neste contexto a pesquisa a ser apresentada se desenvolveu.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho de estudo

Trata-se de um levantamento descritivo, de natureza qualitativa, em um corte transversal e análise documental (JANSEN, 2010). Foram realizadas entrevistas, utilizando roteiros semi-estruturados, com os preceptores coordenadores dos serviços de saúde envolvidos no internato, através de uma amostra criteriosa e diversificada. Foram selecionados os serviços em que o maior número de estudantes realiza os rodízios do estágio obrigatório. O instrumento de coleta de dados abordou as atividades desenvolvidas por preceptores durante o período do rodízio, como atores principais dos estágios, excluindo neste momento professores e gestores. As respostas foram analisadas e comparadas aos objetivos propostos pela academia nos projetos pedagógicos de cada rodízio (CRESWELL, 2009).

A comparação com os documentos que referenciam o processo de ensino-aprendizagem do internato da UFPE (DCN, Projeto Político-Pedagógico e Projetos de cada um dos rodízios) foi realizada através da releitura destes com atenção especial para as temáticas apresentadas pelas categorias de análise definidas pelo o estudo. Os projetos de cada rodízio foram obtidos a partir da aprovação do estudo no Comitê de Ética através de contato com a coordenação do curso e/ou coordenador do rodízio.

4.2 População e Amostra

A população de preceptores dos serviços de saúde estadual e municipal é bastante ampla e distribuída por todo o Grande Recife (Região Metropolitana). Entre as dificuldades para acessar esta população está a ausência de um cadastro ou registro de preceptores organizado pela academia ou por gestores dos serviços. Foram consideradas no estudo as cinco áreas básicas do Internato (Saúde Coletiva, Clínica Médica, Cirurgia, Gineco-obstetrícia e Pediatria) e os serviços nos quais o maior número de estudantes realiza suas práticas. Devido às dificuldades de acesso, optou-se por uma amostragem criteriosa e diversificada.

Os preceptores convidados para a pesquisa estavam diretamente envolvidos na coordenação do internato dentro dos serviços de saúde. Foram convidados três preceptores de cada área, totalizando 15 convites. Os serviços considerados foram: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, Hospital da Restauração, Hospital Getúlio Vargas, Hospital Otávio de Freitas, Hospital Barão de Lucena, Hospital Agamenon Magalhães, Instituto de Medicina Integral de Pernambuco, Hospital da Aeronáutica, Unidades de Saúde da Família do Recife (em número de vinte unidades) e os ambientes da gestão de Recife, Olinda, Camaragibe e do próprio Hospital das Clínicas.

Os preceptores coordenadores dos serviços listados foram convidados através de contato telefônico para entrevista, orientada por um roteiro semi-estruturado. Nesta ocasião lhes foi feita a apresentação do Termo de Consentimento (Anexo 1) e sua disponibilização para envio por *email*, além do agendamento do encontro presencial para realização da entrevista. A lista de preceptores coordenadores e seus contatos foram obtidos, em sua maior parte, através dos docentes coordenadores das cinco áreas do internato, e, quando esses não dispunham dos contatos, através dos próprios estudantes do internato.

O estudo abarcou uma amostra de vinte e um preceptores coordenadores de serviços. Destes, quatro eram preceptores de serviços de pediatria hospitalar; três de clínica médica hospitalar; três de gineco-obstetrícia hospitalar; três da gestão de dois municípios e um hospital; três preceptores da atenção primária do Recife de unidades de saúde da família e cinco de cirurgia da rede hospitalar estadual. Os serviços nos quais atuavam incluíam: Hospital da Restauração (HR); Hospital das Clínicas (HC); Hospital Barão de Lucena (HBL); Hospital Getúlio Vargas (HGV); Instituto de Medicina Integral de Pernambuco (IMIP); gestão municipal de saúde de Olinda e Recife; e unidades de saúde da família do Recife, especificamente nos Distritos Sanitários IV e V.

Em duas entrevistas realizadas, os preceptores convidados não compreenderam o caráter individual do instrumento de pesquisa e ampliaram o convite para outros preceptores presentes no serviço naquele momento. Estas duas entrevistas aconteceram, dessa forma, como um grupo focal espontâneo, compondo o material coletado para análise. Uma delas foi realizada no serviço de pediatria de

um hospital, com a presença de dois preceptores, e a segunda, no serviço de cirurgia de um hospital estadual, com participação de cinco preceptores. Um preceptor convidado da área de cirurgia cancelou a entrevista que não pode ser remarcada por suas dificuldades de agenda. Ao final da coleta de dados, a amostra foi de catorze preceptores e dois grupos focais espontâneos, totalizando vinte e um preceptores. O processo de amostragem considerou o fenômeno de saturação na avaliação da necessidade de novas entrevistas.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Preceptores: Foram selecionados para participar do estudo, médicos que atuavam em uma das cinco áreas básicas do internato, de um dos serviços em que mais de um terço do número total de estudantes estagia. Além disso, era necessário ser coordenador do internato no serviço, estar em atividade de fato. Como critérios de exclusão consideraram-se o fato de ter se afastado no último semestre por mais de quinze dias das funções de preceptor e não ser profissional lotado no serviço onde estava como preceptor.

4.4 Instrumentos para a coleta de dados

Foi utilizado um roteiro semi-estruturado para os preceptores coordenadores de serviços (Anexo 2) e um gravador digital de áudio, que armazenou as entrevistas em sua memória interna, através de arquivos no formato mp3. Estes arquivos foram então transferidos para o computador portátil do pesquisador, cujo acesso está restrito por uma senha intransferível.

4.5 Ética

O projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (Anexo 3), contando com a carta de anuência da Coordenação do Curso de Medicina (Anexo 4), em 26 de agosto de 2011. Consecutivamente foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo em 23 de setembro de 2011 (Anexo 6).

4.6 Análise de dados:

As entrevistas foram literalmente transcritas, como exemplificado no Apêndice 1. Foi utilizado o método da análise de conteúdo da pesquisa qualitativa para as entrevistas semi-estruturadas de acordo com a metodologia categorial

temática, que permite identificar, posteriormente à coleta, as categorias de análise em função das generalidades e peculiaridades encontradas nas respostas dos participantes. A análise de conteúdo aconteceu em três etapas: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial. O fenômeno de saturação foi levado em consideração para determinação da suficiência da amostra.

A pré-análise foi realizada através da leitura flutuante de todo o material transcrito. O intuito da leitura flutuante é apreender e organizar, de forma não estruturada, aspectos importantes para as fases seguintes da análise. A proposta é permitir o surgimento de impressões e eixos de análise para o material coletado, produzindo uma perspectiva desapegada de idéias pré-concebidas, transcendendo a mensagem explícita, para conseguir perceber mensagens implícitas, contradições, silêncios e indícios não óbvios.

A leitura flutuante preparou as fases seguintes através da seleção de unidades de análise e o processo de categorização e subcategorização. As transcrições foram realizadas em um programa de edição de texto comum, o mesmo permitiu a inclusão de comentários em trechos das entrevistas relevantes para esta etapa da análise, como exemplificado no Apêndice 2.

A descrição analítica envolveu o processo de levantamento de unidades para recorte das entrevistas. Os comentários e trechos destacados na primeira leitura foram reunidos em um documento único, para construção das categorias de análise. Uma primeira lista de categorias foi levantada a partir da leitura flutuante:

- Sentimento demonstrado pelo preceptor em relação a ser educador;
- Respostas diante de atitudes do estudante;
- Conhecimento das diretrizes curriculares;
- Modelo de ensino-aprendizagem / mudança de modelo / conhecimento sobre aprendizagem de adultos;
- Apropriação de metodologias pedagógicas;

- Integração ensino serviço / identificação do papel da universidade e do professor;
- Benefícios da relação com estudante;
- Capacidade de aprender com o processo;
- Correlação entre expectativa pessoal, institucional e do estudante;
- Reconhecimento do aprendizado/ mudança do estudante;
- Formação em educação;
- Perspectiva da gestão do processo de ensino-aprendizagem;
- Transformação de um serviço para o enfoque também no ensino (estrutura, processo de trabalho, etc.);
- Identificação de influências externas ao rodízio;

Uma reavaliação das categorias permitiu a reunião dessas em unidades mais amplas, de caráter descritivo do conteúdo analisado:

- Proposta para formação dos estudantes e sua correlação com as diretrizes e documentos do internato;
- Modelos de ensino-aprendizagem, metodologias e relação com formação em educação;
- Modelos de gestão das ações de ensino-aprendizagem no serviço;
- Existência ou ausência de comunicação na integração ensino serviço e ações da universidade/docentes nos serviços;
- Percepção de benefícios e malefícios da relação com estudantes;
- Sentimentos em relação ao ser preceptor e educador;

- Adequação ou inadequação da infra-estrutura e dinâmica organizacional do serviço para integrar os estudantes e fatores que prejudicam os rodízios
- Respostas diante de atitudes dos estudantes;
- Reconhecimento da aprendizagem do estudante e do preceptor.

As entrevistas foram revisitadas através de duas novas leituras para a análise, através das categorias definidas nas etapas anteriores. Este processo foi facilitado por um programa de planilhas, onde foi construído um quadro constando, em sua primeira linha, as categorias de análise, constituindo colunas. Na coluna inicial estavam enumeradas as entrevistas dos preceptores, para então incluir trechos relevantes de todas as entrevistas para cada uma das categorias de análise. Ao final desta atividade, o produto foi um quadro com as categorias e os trechos relevantes de todas as entrevistas, exemplo no Apêndice 3.

O quadro foi então utilizado para a elaboração de subcategorias. A releitura de todos os trechos da categoria apoiou a definição das subcategorias, que foram resumidas com o quantitativo absoluto de fenômenos que se enquadravam em sua delimitação. Os recursos de comentários do segundo programa também foram bastante úteis para conseguir perceber as subcategorias. À medida que todos os trechos de uma determinada categoria eram relidos, criou-se um comentário, que de forma somativa, continha as unidades que comporiam as subcategorias, a exemplo no Apêndice 4.

Em fase posterior, as subcategorias foram transferidas para um terceiro programa, o CMAP Tools, de uso gratuito, que possibilitou o reagrupamento das subcategorias em unidades descritivas um pouco mais amplas, apoiando a discussão dos dados a partir de bibliografia relevante. Para cada categoria foi gerada uma imagem do agrupamento das subcategorias em novas unidades mais abrangentes, como demonstrado no Apêndice 6.

As imagens produzidas pelo programa foram finalmente utilizadas no processo de inferência e interpretação. Nesta etapa, foram importantes as leituras prévias do pesquisador, suas hipóteses e vivência enquanto estudante de medicina,

interno, preceptor e docente, pois possibilitaram uma aproximação do processo de ensino-aprendizagem do internato pela perspectiva do preceptor.

Os resultados obtidos foram então relacionados aos documentos formais que expressam a demanda institucional do curso de medicina da UFPE.

A discussão dos resultados foi apoiada por uma ampla revisão literária através dos sites da BIREME e PUBMED, principalmente. Os descritores mais utilizados, referenciados pelo DECS, foram: educação médica, internato, ensino, aprendizagem, estágio clínico, entre outros. Vale ressaltar a dificuldade em encontrar o termo em inglês e em outras línguas para o descritor “internato”. Em muitos países a tradução literal do descritor (internship – inglês; internat – francês; internado – espanhol) refere-se aos programas de residência. O termo que melhor se adequou para a pesquisa do que, no Brasil, se convencionou como internato, o estágio prático obrigatório, foi o descritor “clinical clerkship”, traduzido como “estágio clínico” em português e “práticas clínicas” em espanhol.

Será importante perceber a diferença entre os conceitos de cada um dos termos como descrito pelo próprio site do DECS.

bvs biblioteca virtual em saúde

DeCS Descritores em Ciências da Saúde

Nova Consulta Config V

Pesquisa sobre: ESTAGIO CLINICO
Descritores Encontrados: 1
Mostrando: 1 .. 1

1 / 1 **DeCS**

Descritor Inglês: **Clinical Clerkship**

Descritor Espanhol: **Prácticas Clínicas**

Descritor Português: **Estágio Clínico**

Categoria: [I02.358.105](#)

Definição Português: **Programas** educacionais em **medicina** para **estudantes** que não colaram grau para os **estudantes** dos segundo, terceiro e quarto anos em **ciências da saúde**, em que os **estudantes** recebem treinamento clínico e experiência em **hospitais** escola ou **centros de saúde** afiliados.

Nota de Indexação Português: um programa de pré-graduação em **medicina**

Qualificadores Permitidos Português:

CL classificação	EC economia
SN estatística & dados numéricos	HI história
LJ legislação & jurisprudência	MT métodos
ST normas	OG organização & administração
MA recursos humanos	TD tendências
ES ética	

Número do Registro: 3008

Identificador Único: D002982

Nova Consulta Config ^



Pesquisa sobre: INTERNATO
Descritores Encontrados: 2
Mostrando: 1 .. 2

1 / 2 **DeCS**

Descritor *Inglês*: **Internship and Residency**

Descritor *Espanhol*: **Internado y Residencia**

Descritor *Português*: **Internato e Residência**

Sinônimos *Português*: Internato em Odontologia
Residência Médica
Residência em Odontologia

Categoria: [I02.358.399.644](#)

Definição *Português*: [Programas](#) de treinamento em [medicina](#) e especialidades [médicas](#) oferecidos por [hospitais](#) para graduados em [medicina](#) para ir de encontro às exigências estabelecidas por autoridades competentes.

Nota de Indexação *Português*: [medicina](#) e [odontologia](#) somente; "médicos recém-formados" não são [médicos](#) internos; indexe sob [CORPO CLÍNICO HOSPITALAR](#)

Qualificadores Permitidos *Português*:

CL classificação	EC economia
SN estatística & dados numéricos	HI história
LJ legislação & jurisprudência	MT métodos
ST normas	OG organização & administração
MA recursos humanos	TD tendências
ES ética	

Número do Registro: 7560

Identificador Único: D007396

6 RESULTADOS

Os vinte um preceptores entrevistados representaram quinze serviços de saúde diferentes, já citados anteriormente. Destes preceptores, nove eram do sexo masculino e doze do sexo feminino. Apenas dois tinham menos de trinta anos de vida, dois com mais de sessenta anos e outros dezessete, tinham entre trinta e sessenta anos de idade. As entrevistas duraram em média quarenta minutos e os áudios foram armazenados em um banco de dados, protegido por senha, próprio do autor.

Após a transcrição e exaustiva análise qualitativa dos dados coletados nas entrevistas com os preceptores, foram definidas categorias e subcategorias de análise. As categorias, em um total de nove, foram: 1)Proposta para formação dos estudantes e sua correlação com as diretrizes e documentos institucionais do internato; 2)Modelos de ensino-aprendizagem e sua repercussão nas metodologias e relação com formação em educação; 3)Modelos de gestão das ações de ensino-aprendizagem no serviço; 4)Existência ou ausência de comunicação e integração ensino-serviço, repercussões da universidade e docentes nos serviços; 6)Percepção de benefícios e malefícios da relação com estudantes; 6)Sentimentos em relação ao ser preceptor e educador; 7)Adequação ou inadequação da infra-estrutura e dinâmica organizacional do serviço para integrar os estudantes, além de outros fatores que prejudicam os rodízios; 8)Respostas diante de atitudes dos estudantes; e 9)Reconhecimento da aprendizagem do estudante e do preceptor.

As primeiras quatro categorias, apresentadas logo a seguir, mostraram maior afinidade com os objetivos delimitados pela pesquisa. Através destas, foi possível reconhecer o ensino médico nos serviços de saúde e correlacionar com as expectativas institucionais, descritas nos documentos oficiais.

- Proposta para formação dos egressos e sua correlação com as diretrizes e documentos institucionais do internato;
- Modelos de ensino-aprendizagem e sua repercussão nas metodologias e relação com formação em educação;
- Modelos de gestão das ações de ensino-aprendizagem no serviço;

- Existência ou ausência de comunicação e integração ensino-serviço, repercussões da universidade/docentes nos serviços.

As três categorias expostas adiante abarcaram temáticas reiteradamente presentes e marcantes na literatura sobre o tema. Assim, são significantes para a legitimação da metodologia e da análise de estudo. Os resultados encontrados estão coerentes com a produção bibliográfica mundial. Foram estas:

- Percepção de benefícios e malefícios da relação com estudantes;
- Sentimentos em relação ao ser preceptor e educador;
- Adequação ou inadequação da infra-estrutura e dinâmica organizacional do serviço para integrar os estudantes, além de outros fatores que prejudicam os rodízios.

Por outro lado, a categoria “respostas diante de atitudes dos estudantes” demandará uma apropriação exclusiva, a ser feita no futuro, sobre a temática de *feedback* ou retorno do preceptor para o estudante; e a última categoria listada no parágrafo inicial deste capítulo “Reconhecimento da aprendizagem do estudante e do preceptor” não obteve uma saturação adequada de respostas para ser levada em consideração neste momento, apesar da relevância do tema abordado. Esta categoria relata falas dos preceptores quanto a formas de perceber o aprendizado do estudante e do próprio preceptor. Representam, porém, um quantitativo pequeno de falas, que não se repetiram de forma suficiente para serem consideradas saturadas.

A partir da próxima seção estão descritos os resultados referentes a cada categoria de análise de acordo com a ordem apresentada acima no início deste capítulo.

6.1 Propostas para formação dos estudantes e sua correlação com as diretrizes e documentos institucionais do internato

Uma importante categoria da pesquisa está relacionada às expectativas dos preceptores para com o rodízio dos internos. A análise distribuiu as respostas dos preceptores em seis subcategorias, apresentadas em ordem decrescente de ocorrência: ensino de procedimentos e ações técnicas; ensino de conteúdo “básico”

para a formação; apresentação de sua especialidade; expectativas além das possibilidades do rodízio; ensino do mundo de trabalho; e ensino singularizado ou centrado na necessidade do estudante.

Ensino de procedimentos e ações técnicas

A relação com o usuário e sua família é um dos aspectos técnicos muito considerados pelos preceptores. Durante os rodízios, porém, os estudantes não dispõem de espaços pedagógicos para o desenvolvimento de competências relacionais. De maneira geral, este tipo de atividade é desenvolvida de forma empírica pelo estudante, com base em suas vivências pessoais e observação de residentes e preceptores.

O curso de medicina da UFPE não apresenta, em sua grade curricular, eixos ou módulos para o estudo e/ou desenvolvimento prático desta habilidade. Este fato, porém, não parece incomodar os preceptores, que não citam atividades práticas pertinentes para o ensino-aprendizagem, como exemplificadas abaixo:

PRECEPTOR 10: Você tem que saber abordar a criança e educar a mãe, conversar com a mãe, acolher a mãe, sensibilizar.

PRECEPTOR 13: Então, se ele souber fazer uma anamnese bem feita, souber interpretar aquilo e aprender um pouco do relacionamento médico-paciente, eu acho que o resto ele aprende na vida e no livro.

Um segundo aspecto mencionado é a correlação entre os conteúdos abordados nos anos prévios e a prática durante o internato. Alguns preceptores consideram que o internato é cenário pedagógico ideal para este tipo de desenvolvimento:

GRUPO FOCAL ESPONTÂNEO 1: (espero) que o estudante aplique os conhecimentos adquiridos com o curso, porque temos a impressão que ele tem muitos conhecimentos desconectados e quando chegam nesta etapa, muitos ficam perdidos na elaboração do histórico e principalmente de hipóteses.

PRECEPTOR 4: O que a gente faz aqui é sedimentar o que na faculdade você aprendeu.

Outros preceptores consideram a importância da produção do prontuário, reflexão sobre diagnóstico diferencial e definição de condutas:

PRECEPTOR 4: *Eu espero que ao final do período ele seja capaz de atender com respeito o paciente, saber ouvir, saber entender, saber formular hipóteses diagnósticas pertinentes e condutas terapêuticas básicas.*

PRECEPTOR 13: *Então, na verdade, ele tem que aprender como ele vai colher informações do paciente, como ele vai fazer o exame físico, como ele vai interpretar aquilo e como ele vai fazer, digamos, as vias de raciocínio diagnóstico.*

Ensino de conteúdo “básico” para a formação

A expressão “básico” surgiu na fala de diversos preceptores. Parece existir uma perspectiva de que a graduação e o internato teriam como objetivo a formação de um conteúdo ou de um conhecimento básico. Possivelmente, para os preceptores, o básico está relacionado à formação mínima. Nas DCN, a expressão não é utilizada para descrever o ensino médico. Utiliza-se, porém, a denominação generalista para nomear de forma mais abrangente o objetivo da formação.

No discurso dos preceptores a expressão “básica” esteve correlacionada às doenças mais comuns, procedimentos básicos e conteúdo mínimo. A utilização da expressão “básico” está diretamente relacionada com o distanciamento dos preceptores das próprias DCN, ao mesmo tempo em que expressa a consciência das limitações de uma graduação de seis anos, dos quais dois são de prática intensiva.

PRECEPTOR 1: *Eu acho que o estudante tem que ter noções das coisas básicas mesmo, das doenças mais comuns. Porque a impressão que eu tenho é que os estudantes chegam ao rodízio de clínica médica querendo saber a exceção, ou seja, aquela doença rara ou o que tem de diferente.*

GRUPO FOCAL ESPONTÂNEO 2: *Ninguém pretende que em 6 semanas, 12 semanas, você aprenda pediatria toda.*

PRECEPTOR 14: *Então, quem vai fazer GO, que se interesse mais ainda pela ciência da saúde da mulher, mas quem não vai fazer GO, que saia com*

conhecimento básico pra saber respeitar e conduzir de maneira adequada a mulher em qualquer outra especialidade em que ele faça uma interconsulta, entendeu?

Apresentação de sua especialidade

Preceptores também consideraram importante a apresentação de suas especialidades aos estudantes. Esta preocupação estaria possivelmente relacionada ao desejo de influenciar o graduando na sua escolha profissional após a faculdade.

PRECEPTOR 11: *...a expectativa que eu tenho é que eles entendam o processo de gerenciamento público dentro da dimensão grande, da sociedade, da dimensão de um gestor público. Ter um “link” com a sociedade. E aí, como eu estou dentro do controle social, eu entro bem nessa parte aí, eu os levo todo mês pra reunião do controle social, então, assim, eu entendo que pra ele se inserir como profissional futuramente, ele vai estar inserido num sistema de gestão, então ele tem que entender essa malha, como funciona.*

PRECEPTOR 9: *...no geral, compreender a importância e o papel de uma atenção primária resolutiva e qualificada, que é possível existir.*

PRECEPTOR 3: *O que a gente espera é que ele consiga entender a atividade da vigilância em saúde, porque parece que quando ele vê a teoria lá trás, fica uma coisa muito distante do que é a prática da vigilância em saúde.*

Expectativas além das possibilidades do rodízio

A expectativa de alguns preceptores ultrapassou em alguns momentos a possibilidade do ensino-aprendizagem no internato. No processo de ensino-aprendizagem do estudante e do preceptor, é comum haver um “superfaturamento” das expectativas, que ao longo da experiência de ambos transforma-se para um objetivo mais próximo da realidade.

PRECEPTOR 12: *Eu acho que 80% das condições obstétricas, ele tem condições de resolver... ...eu acho que ele tem condições de identificar ou ele deveria ter condições de identificar quase que 90% das condições obstétricas gerais e pelo menos resolver aí uns 80%...*

PRECEPTOR 6: *Olha, isso mudou muito ao longo dos anos, sabe? Eu esperava, quando comecei isso, que as pessoas fossem chegar num determinado nível de conhecimento que permitisse fazer triagem com segurança. Mas faz uns cinco anos que eu cheguei à conclusão que isso é só uma quimera.*

Ensino do mundo de trabalho

A preocupação com a adaptação e aprendizagem no mundo do trabalho surge no discurso de dois preceptores:

PRECEPTOR 9: *Como lidar com a atenção primária com a realidade aqui de Recife? Com todas as dificuldades de infra-estrutura, de processo de trabalho (...), de poder estar organizando esse processo do trabalho, de poder fazer mais. Como por exemplo, uma das questões que a gente trabalha pouco na universidade, que são os conflitos das relações no trabalho.*

PRECEPTOR 8: *Mas a gente tenta passar para eles também como é bom, como é prazeroso trabalhar num serviço de saúde pública.*

Ensino singularizado

Um dos preceptores traz à tona a possibilidade de moldar seus próprios objetivos aos objetivos, potencialidades e limitações dos diferentes estudantes. Apresenta ainda a perspectiva da construção da autonomia do estudante.

PRECEPTOR 9: *Depende de pessoa para pessoa, às vezes temos estudantes que a gente sabe que podem mais, que a gente vai dar mais, nem sempre a gente pode ir além.*

PRECEPTOR 9: *Sim, uma expectativa também é que ele tenha autonomia de estar lidando com a própria clínica, eu acho que é um processo de construção da autonomia.*

Todas as expectativas apresentadas pelos preceptores são abarcadas nas DCN de uma maneira geral: conteúdo básico, procedimentos mais comuns, apropriação das cinco áreas básicas da medicina, preparação para o mundo do trabalho, inclusive a perspectiva de um ensino centrado no estudante e construção da autonomia.

Não fica claro, porém o quanto os próprios preceptores conhecem as DCN. Em nenhum momento citam os documentos relacionados aos objetivos da instituição de ensino. Quando falam de suas expectativas, demonstram uma perspectiva própria, personalizada.

Entre outras expectativas dos profissionais, não ditas ou veladas, estão o desejo de ser admirado pelos estudantes, assim como admiravam seus próprios preceptores, e de ter suas expectativas correspondidas pelos mesmos.

6.2 Modelos de ensino-aprendizagem, seleção de metodologias e a relação com a formação em educação

A categoria aqui detalhada representa uma variedade de metodologias pedagógicas da prática médica apresentada nas entrevistas. Muitas destas fazem parte do cotidiano dos serviços desde o início do ensino médico no espaço universitário. As metodologias puderam ser classificadas em dois grupos: modelo de ensino tradicional ou centrado no formador; modelo de ensino emergente, centrado no estudante ou no problema; ambos os modelos abarcam metodologias mistas, cuja aplicação poderia enquadrar-se em um modelo ou outro.

O maior número de ocorrências foi das metodologias mais tradicionais ou centradas no formador. Entre estas, estavam os seminários apresentados por residentes ou por preceptores em que o estudante não teve participação na escolha do tema. Em geral, estes seminários não se enquadram na perspectiva multidimensional de um problema, como propõe a conceituação pedagógica do termo e da técnica original “seminário”. Os estudantes, cujos interesses não eram considerados, raramente participavam, ficando calados ou inibidos.

PRECEPTOR 3: No início, a gente dá essa aula para que ele tenha uma coisa assim, bem prática, do que a gente faz no dia-a-dia, do que a vigilância espera desse sistema.

PRECEPTOR 4: Existem atividades, eles passam pelas atividades teóricas dos residentes da pediatria.

PRECEPTOR 12: *Eles também podem participar dos seminários que têm pra residência médica, mas normalmente eles não se sentem, assim, com abertura suficiente de ir pras reuniões.*

PRECEPTOR 14: *É seminário de residente, tem um momento de discussão no final também, se eles quiserem perguntar... Aí também de novo personalidade, porque a sala é muito cheia. Então tem umas 80 pessoas que ninguém se conhece direito. Eles às vezes ficam meio tímidos, mas é até perguntado: alguém quer perguntar alguma coisa e etc.?*

Outra atividade bastante comum são as reuniões clínicas. Estas, facilmente transformam-se em palco da vaidade dos especialistas, seguem uma metodologia expositiva, onde mais uma vez o estudante, também chamado “doutorando”, apenas assiste às disputas entre residentes e preceptores (referidos por “staff”), em especial os últimos, para definir quem está com a razão ou quem sabe mais.

PRECEPTOR 6: *Na reunião, na verdade, eles vão presenciar as discussões que a gente faz, as apresentações dos residentes.*

PRECEPTOR 10: *Estas são reuniões clínicas em que eles apresentam os casos e participam das discussões. E, na maioria das vezes, quem apresenta é o residente, mas em alguns casos é o doutorando, ele participa com o staff.*

PRECEPTOR 14: *Aí entra muito de perfil. Reunião clínica geral do serviço, dificilmente eles participam. ...porque é mais uma exposição mesmo, ou então uma combinação de condutas, que aí realmente fica mais pra staff e etc. Se eles quiserem se manifestar, eles têm todo o direito; eles são perguntados, mas normalmente eles não o fazem.*

Os famosos Clubes de Revistas, também são bastante comuns. Os preceptores definem o artigo que deverá ser lido, pertinente ou não às morbidades presentes no serviço. O estudante pode ou não estar atuante, a depender da divisão de tarefas durante a atividade.

PRECEPTOR 12: *Normalmente tem um clube de revista. Vocês são 10, então se organizem aí em duplas ou trios porque aí vocês vão ficar encarregados,*

faz um sorteio e tal, semana que vem o grupo tal vai preparar sobre um clube de revista tal, assim ou assado.

Os casos denominados Massachusetts estão cada vez mais comuns nas enfermarias. Representam de maneira geral casos raros, com que os estudantes da graduação dificilmente terão contato nos seus futuros ambientes de trabalho.

PRECEPTOR 13: *Então a gente tem o que? Tem seminários, tem reunião clínica, tem clube de revista, às vezes tem algumas aulas, às vezes tem reunião que a gente chama de Massachusetts, que no caso é pegar aqueles casos (...) e fazer diagnóstico diferencial, mas eu acho que o doutorando acaba muito como expectador, certo?*

A realização de procedimentos técnicos muitas vezes é atividade exclusiva dos residentes. O estudante, assim, atua como observador e sua participação na execução do procedimento fica a critério do residente.

PRECEPTOR 1: *Acesso central às vezes também eu vejo, mas eu não vejo os meninos darem tanto para os alunos, fica mais para o residente mesmo. Eles ficam olhando, aprendendo.*

PRECEPTOR 6: *Ele faz evolução diária e ele vê procedimentos a maior parte do tempo, porque o serviço, em termos de procedimentos, é voltado para o residente, o foco não é o estudante de medicina.*

PRECEPTOR 11: *Não tem muito que “botar a mão na massa” não.*

Alguns preceptores ainda colocam claramente seu papel enquanto transmissor do conhecimento.

GRUPO FOCAL ESPONTÂNEO 2: *Eu acho legal, eu acho que eu tenho essa, sei lá, essa facilidade pra transmitir.*

Um preceptor percebe que as atividades estão muito centradas nos residente, mas refere não conseguir dar conta da demanda da educação dos dois públicos.

PRECEPTOR 13: *Olha só, uma coisa que eu acho que eu sinto falta (...), mas a gente também não consegue dar conta disso, é ter atividade específica pro*

doutorando. O doutorando acaba participando das atividades normais da enfermagem com todo mundo. Mas nas atividades teóricas propriamente ditas, ele fica muito ouvindo, só.

O modelo centrado no supervisor, além das repercussões nas práticas pedagógicas, também influencia as metodologias de avaliação. A instituição de ensino estabelece que a nota final do estudante seja composta por um componente prático, computado pelo preceptor, com o valor de 60% da nota, e um componente teórico, computado pelo coordenador institucional do internato.

A instituição fornece aos preceptores uma ficha de avaliação com alguns critérios. A ficha, porém, não apresenta uma orientação para seu preenchimento (Quadro 1). Assim, cada preceptor tem liberdade de optar por seu formato de preenchimento. As características de uma avaliação tradicional apresentaram-se de maneira mais frequentes nas falas dos preceptores. As avaliações apenas cognitivas, ao final do processo de ensino-aprendizagem, sem um retorno para estudantes, predominaram.

PRECEPTOR 1: Aí, no final, geralmente está também sendo feito um questionário, uma prova, que aí dá pra eles fazerem a sós para ter idéia de conhecimento, de como ficou, até para eles terem uma noção mesmo do que é que eles aprenderam ou não.

A avaliação pode ser preenchida por um preceptor, por um residente, pelo preceptor e residente ou por vários preceptores.

PRECEPTOR 2: A gente sempre fez a avaliação cada um individualmente. Eu, quando pegava, não juntava os outros profissionais pra gente fazer uma avaliação, normalmente o preceptor faz uma avaliação ele sozinho mesmo.

PRECEPTOR 4: A gente avalia como eles requerem a avaliação, que é a partir da ficha. Com os preceptores e auxiliados pelos residentes. A opinião do residente é levada em conta, logicamente ela tem que ser moderada, pois quem delibera é o staff.

GRUPO FOCAL ESPONTÂNEO 1: *O residente. Eles são supervisionados diretamente pelo residente.*

PRECEPTOR 11: *...então, o que eu propus? Que fosse coletiva essa avaliação, feito no período passado, porque pra mim é muito difícil avaliar um aluno que passa no acolhimento e em dois dias eu passo à área do controle social, do sistema de gestão, e eles vão pra rede, e eu não sei sobre eles lá. Eles (preceptores) mandam por email essa fichinha, aí eu junto e tiro uma média. De qualquer forma, é parcialmente coletivo.*

PRECEPTOR 12: *Então, o coordenador, ele delega a missão de dar a nota ao residente que tá na sala de parto e que tá no dia-a-dia, entendeu? Aí pode ser o residente mais graduado, residente do 2º ou do 3º ano, ou pode ser o próprio residente do 1º ano.*

PRECEPTOR 13: *Ela é feita, a avaliação, digamos, a nota do dia-a-dia prático (...), em conjunto entre o residente, que fica mais diretamente com ele, e o staff do grupo.*

Existe uma expectativa oculta de que a avaliação seja algo que não demande muito empenho ou tempo da parte do preceptor, assim a avaliação tradicional encaixa-se perfeitamente.

PRECEPTOR 10: *Eu não tenho como avaliar todos, eu me reúno com estes residentes, eles dão as notas e avalio se elas estão compatíveis com a realidade. A nota parte, portanto, na maioria das vezes, dos residentes, e eu acato ou não, dependendo da minha percepção dos casos.*

PRECEPTOR 11: *Veja, eu uso a opinião dos preceptores, eles me mandam (...), porque é só um momento e muito corrido, aí eu noto que eles não têm muito tempo de estar avaliando pra me mandar...*

De maneira geral não é dada ao estudante a possibilidade de pensar sobre sua prática ou ter um retorno para ratificação ou retificação do seu percurso de aprendizagem.

Quadro 1: Ficha de avaliação do Internato de Medicina da Instituição de Ensino

AVALIAÇÃO CONTÍNUA	NOTA
<p>Atitude do Aluno (avaliação realizada pelo preceptor do serviço)</p>	<p>Pontuação: (0 a 10,0)</p>
<p>Com relação às atividades programadas:</p> <p>Assiduidade e pontualidade</p> <p>Interesse e participação</p> <p>Reflexão crítica sobre a realidade vivenciada</p> <p>Com relação às equipes de trabalho e usuários dos serviços:</p> <p>Comunicação e relacionamento</p>	

Responsabilidade e conduta ética	
---	--

Fonte: Comissão do Internato do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco; 2011.

Surgiram falas também apresentando um modelo de aprendizagem centrado no estudante ou no problema. Em termos de frequência, estas foram menos comuns que as primeiras. Neste modelo, apresentaram-se seminários em que os estudantes são proativos nas escolhas de tema e das apresentações.

PRECEPTOR 1: *Digamos que tem um paciente diabético que está descompensado e o aluno nunca viu como é ajuste de dose de insulina, quando é que começa. Aí você diz: vamos fazer um seminário sobre isso aqui. Todo dia marca alguma coisa e fica perguntando.*

PRECEPTOR 1: *Aí na quinta-feira tem o clube de revista que são vários artigos e aí tanto os acadêmicos têm que mostrar, como também todos os residentes, aí tem a discussão.*

Em alguns momentos, o preceptor deixa entender que os estudantes exigem um enfoque em suas necessidades de aprendizagem.

PRECEPTOR 7: *Não. Na maioria das vezes, eles trazem. A gente decide (o tema) junto, de acordo com o que eles viram ou com o que eles estão sentindo mais...*

Surgiram também algumas atividades mais inovadoras, como rodas de conversa, desenvolvimento de protocolos assistenciais e tutorias com a utilização da Aprendizagem Baseada No Problema (ABP).

PRECEPTOR 6: *Mesmo tendo aulas gravadas no computador, eu faço um regime de relógio. Eu sento num círculo e cada um vai falando de uma coisa. Eu vou fazendo perguntas para instigar o raciocínio e eles vão respondendo sucessivamente, como um ponteiro de um relógio, para que nenhum fique sem falar. Alguns professores têm a aula no computador, vão apresentando e discutindo, fazendo como uma exposição dialogada. Depende muito do professor.*

PRECEPTOR 8: *Dependendo do momento do serviço, a gente vai dando a atribuição para o estudante. Já aconteceu de eles participarem da construção de um protocolo de acesso. Porque a gente já tinha um protocolo clínico, aí eles chegavam com um protocolo clínico bem bonito, todo colorido e a gente dizia: a gente não quer assim, não, isso aí é o clínico, mas a partir disso, como é que você vai garantir o acesso do usuário aqui na atenção básica? Você está mandando ele para a atenção especializada, mas ele tem como ir? (...) Eles faziam um protocolo de acesso que englobava até a ouvidoria.*

PRECEPTOR 9: *Deixo à vontade para o que o estudante prefere. A maioria das vezes são rodas de conversa sobre o tema, às vezes são seminários ou exposições ou resumos, cada um lê um texto, traz uma parte, tem uma discussão.*

PRECEPTOR 14: *Dá um caso pra abrir e fechar o caso. Então, lógico, tem um pouquinho de personalidade. Aqueles problemas normais de ABP entendeu? Quem é tímido, não fala. Os da federal, assim, menos acostumados a PBL (ABP) do que os da UPE. Mas todos participam.*

Algumas atividades práticas em que o estudante assume a responsabilidade sobre o usuário também o colocam como ator central na produção do cuidado: triagem de usuários no centro obstétrico, visita domiciliar, atividades de grupo, busca ativa e notificação, consulta ambulatorial, evolução de pessoas internadas na enfermaria, definição de hipótese diagnóstica e conduta.

Nestas, o preceptor tem um papel importantíssimo na maneira como as atividades serão desenvolvidas. O preceptor pode delegar ao estudante a etapa mais mecânica do processo e ele próprio desenvolver a atividade mais reflexiva e criativa ou ele pode fazer com que o estudante se implique no processo, cobrando deste a etapa reflexiva e criativa. O segredo parece estar na capacidade do preceptor em delegar responsabilidade supervisionada para o estudante.

PRECEPTOR 1: *Segue uma ordem. Tanto nos casos clínicos... Começa no estudante, depois vai para o residente do primeiro ano, depois vai para o residente do segundo ano e depois o preceptor fala. Sempre é assim, então em todas as atividades eles têm que estar presentes.*

GRUPO FOCAL ESPONTÂNEO 1: *Quando tem a visita geral, quem passa o caso também é o aluno e ele é cobrado também na hora. Se o paciente não estiver sendo muito bem conduzido e tiver alguma dúvida, o pessoal vai perguntar primeiro a ele (doutorando) e, se ele não souber responder, vai perguntar ao residente. E o chefe que passa a visita pode chegar: “mas por que você não sabia disso?” Na verdade eu vejo que ele é bem cobrado.*

PRECEPTOR 3: *Ele faz a busca ativa dos casos de notificação, eles notificam o caso, casos de notificação compulsória, eles fazem a revisão crítica do preenchimento da declaração de óbito, declaração de nascimento.*

PRECEPTOR 4: *Mas na visita diária, é o melhor lugar para você abordar, porque quem apresenta é o próprio interno, ele é que é o responsável. Tem a estrutura: o interno, o R1 e o R2 ou só o R1 ou só o R2. Mas o leito é do interno junto com o staff. Então, ele apresenta, discute.*

PRECEPTOR 6: *Ele que faz o atendimento, a gente só supervisiona depois. A menos que ele se ache incapaz de fazer alguma etapa da anamnese ou do exame físico, habitualmente, o doutorando faz sozinho o atendimento, de porta fechada. E quando eu sou a preceptora, eles já sabem que, ao me chamar, eles já devem ter formulado diagnóstico e conduta para discutir comigo, se é aquilo mesmo ou se não é.*

PRECEPTOR 7: *Não. Eles estão indo sozinhos para as visitas. Vão com as agentes de saúde e a gente discute aqui. Algumas, eu estou percebendo que eu vou ter que ir (...), eles percebem mesmo que “essa daqui realmente tem essa limitação, a gente não vai conseguir dar conta de tudo”. Mas eu gosto de deixar eles irem sozinhos.*

PRECEPTOR 9: *A gente sempre trabalha com “Olha: vocês vão estar aqui tendo a segurança de estar acompanhando as pessoas nos mais diversos espaços, desde consulta, visita, atividade de grupo”. Todo atendimento é discutido, atendimento coletivo no “hiperdia” e atividade educativa que ele promova, construa uma palestra, o que for, a gente problematiza com eles no que pode melhorar.*

Existem repercussões do modelo centrado no estudante ou no problema, também nas metodologias avaliativas dos preceptores. Surgem no discurso dos preceptores aspectos de uma avaliação formativa, processual, por competência, através de objetivos de aprendizagem, com a possibilidade de um *feedback*, além da própria avaliação do preceptor e do rodízio pelo estudante.

PRECEPTOR 3: *Para mim a avaliação ideal é a avaliação formativa, a qual no dia-a-dia você vai corrigindo, não uma que reprova ou aprova.*

PRECEPTOR 4: *É feita no dia-a-dia. A gente avalia como eles requerem a avaliação, que é a partir da ficha. Com os preceptores e auxiliados pelos residentes.*

PRECEPTOR 6: *Uma coisa que é feita sistematicamente é quando ele (estudante) termina o internato de pediatria, etapa um, ele recebe, no dia que vai fazer a prova teórica, uma folha em branco, onde eles escrevem pontos positivos, pontos negativos, sugestões para melhorar. Nesses pontos, a gente pede até que eles não se identifiquem.*

PRECEPTOR 8: *Então a gente chama “avaliação parcial” para que eles dêem a importância devida à situação, mas na verdade a gente avalia o todo: a postura do estudante, o grau de interesse, a passagem dele pelo serviço, etc.*

PRECEPTOR 9: *Então tem 3 avaliações: no início, no meio e no final. O estágio tem dois meses, e nesse período a gente pode fazer o feedback, a devolutiva para cada um.*

PRECEPTOR 14: *Domínio cognitivo, habilidades e psicomotor, entendeu? E afetivo que é atitude, entendeu? Postura, relacionamento com o paciente, com os colegas, com o preceptor, etc.*

A utilização de um modelo tradicional ou mais inovador não está diretamente relacionada a um ou outro preceptor. Percebe-se a utilização de metodologias de ambos os modelos por diversos preceptores. Inclusive algumas atividades podem ser desenvolvidas em um modelo e no outro. Quando o estudante faz a evolução da enfermaria, cabe ao preceptor ou ao residente a tarefa de desenvolver a capacidade do estudante de tomar decisões ou tomá-las todas

sozinhos. Pode acontecer de o supervisor ter por intenção a construção de autonomia do estudante, mas na hora “h” a decisão, o raciocínio é todo desempenhado por ele próprio, de maneira quase que imperceptível.

Fica para o estudante a atividade mais mecânica do dia-a-dia. As atividades relatadas pelos preceptores são em ordem decrescente de frequência de aparecimento: visita à beira do leito, evolução das enfermarias, estimulação do estudante através de questionamento, observação de atividades, supervisão do preceptor ou do residente, leitura de texto para discussão, ordenamento das falas para participação, consulta ombro a ombro. Os relatos abaixo falam das visitas à beira do leito e as atitudes pedagógicas dos preceptores.

PRECEPTOR 1: Quando tem a visita geral, quem passa o caso é o aluno e ele é cobrado na hora. O chefe que passa a visita pode chegar e perguntar: “mas por que você não sabia disso?” Na verdade eu vejo que ele (estudante) é bem cobrado.

PRECEPTOR 4: Mas o leito é do interno junto com o staff. Então ele apresenta, discute. Você não só discute o paciente, você faz um paralelo. Por exemplo, esse paciente está com 6 meses de idade, quadro de dispnéia, foi internado há pouco tempo, quais seriam as hipóteses diagnósticas? E por que você pensou?

GRUPO FOCAL ESPONTÂNEO 1: A discussão do caso ocorre na visita. Todo dia é passada visita, eles chegam mais cedo, fazem a evolução e depois é feita a visita.

PRECEPTOR 12: Assim que chegam, dão uma geral pra ver quais são as pacientes que estão internadas, pegam o sonar, fazem a evolução, fazem a ronda do BCF, identificam se está tudo bem e assim é feita essa visita...

Pode-se perceber que nas duas primeiras falas os preceptores descrevem a ação pedagógica através do questionamento. Nas duas seguintes os preceptores falam da visita, porém de uma forma mais rápida e automática. É possível que, nestes dois casos, os estudantes não sejam estimulados a se responsabilizar pelas hipóteses diagnósticas e condutas.

Ganham destaque as atividades de produção do cuidado não incluídas no núcleo da atuação médica, como coletar sangue para exames, acompanhar o paciente na realização dos exames, resgatar exames no laboratório, entre outros. Apesar da reclamação constante dos estudantes, os preceptores compreendem que estas atividades, embora não de forma exclusiva, são importantes para o desenvolvimento do estudante. A partir destas, eles compreendem o funcionamento do serviço, têm uma possibilidade de construir vínculo com os usuários e relacionar-se com outros profissionais da saúde.

ENTREVISTA 10: Algumas vezes acompanhar os pacientes nos exames, descer para a endoscopia. Antigamente isso ocorria com mais frequência, o doutorando tinha que ir com o paciente porque não tinha burocrata. Hoje em dia isso quase não acontece e, quando acontece, é porque precisa de uma atenção especial e às vezes o paciente se vincula ao doutorando e não quer fazer aquele exame sozinho.

PRECEPTOR 13: O fato de você ir acompanhando o paciente pro exame é momento em que, muitas vezes, você chega a ter um dado da história clínica que ele não disse quando fez a anamnese do internamento, porque achou que não era importante. E na hora da conversa, assim, naquele bate-papo, não sei por que, surge outra coisa. Mesmo que não seja uma informação clínica propriamente dita, eu sempre acho que, ao você conhecer a vida do paciente, na realidade, você aprende muita coisa com isso.

É perceptível no discurso dos preceptores representações de mudanças no modelo de ensino-aprendizagem, como a possibilidade de reconhecer diferenças no processo de aprendizagem de adultos e sua resistência ao novo.

PRECEPTOR 8: O ser humano quando está em um ambiente que ele não conhece, ele se arma um pouco porque ele não sabe o que é que vem, ele não sabe o que é que espera ele.

A possibilidade de adaptar as atividades para o processo singular de cada estudante:

PRECEPTOR 9: *As visitas sempre são em conjunto, algumas vezes alguns estudantes já criaram um grau de autonomia que eles já visitaram sozinhos e vieram discutir, mas a maioria das vezes são com o agente ou o residente, que fazem visitas domiciliares também, e sempre discute.*

A convivência com o erro como parte do aprender:

GRUPO FOCAL ESPONTÂNEO 2: *Você aprende com as coisas do dia a dia, com os erros, e eu acho que quando você encontra uma pessoa que não cobra de você só o certo, procura passar pra você como fazer e se coloca na posição de já ter errado, eu acho muito gratificante.*

Poder lidar com os limites do estudante em suas diferentes etapas de ensino.

PRECEPTOR 12: *Então ele (estudante) chegou hoje, a gente não vai exigir dele que de repente já saiba ou entenda como funciona a fisiopatologia da pré-eclâmpsia.*

A possibilidade de rever sua própria atuação em acompanhamento às mudanças tecnológicas. Perceber seu papel muito mais como modelo ou “role model” do que de transmissão do conhecimento.

PRECEPTOR 13: *...hoje em dia, eu acho que o papel da gente de preceptor é completamente diferente do que era há 16 anos. Hoje em dia com palm, internet, uptodate, smartphone, etc. e tal, a gente não tem mais que trazer informação. As informações, eles têm acesso a ela a qualquer minuto. Eu acho que o principal papel do preceptor hoje em dia é ensinar a pessoa a ser médico. É dar exemplo do jeito que fala com o paciente, do jeito que você colhe informação, do jeito que você dá uma notícia.*

A priorização da qualidade em detrimento da quantidade.

PRECEPTOR 6: *Porque eu prefiro que a gente se empenhe e que as pessoas aprendam as coisas com qualidade do que pensar num número. Antigamente era assim, quando eu era estudante. Só que isso não leva a nada, porque você pode ter feito duzentos partos e não saber fazer o que a gente queria que você soubesse.*

A formação docente dos preceptores parece ter uma repercussão maior no discurso conceitual. Preceptores com formações docentes diversas utilizaram conceitos como avaliação formativa, avaliação por competência, problematização, autonomia, aprendizagem baseada em problemas. Entre as formações apresentadas pelos preceptores estavam: graduação em licenciatura, capacitação pedagógica, formação docente na residência médica e pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) com foco na educação ou não. Os preceptores avaliam, porém, de formas diferentes o papel destas formações em seu desenvolvimento pedagógico.

PRECEPTOR 3: Aí foi quando o próprio ministério ofereceu um curso de capacitação pedagógica, para instrutores e supervisores. Aí fiz outra especialização, essa foi à distância pela FIOCRUZ. Mas foi um curso excelente também, de 600 e poucas horas, e fiz outra capacitação na área de licenciatura, aí acabei me aproximando mais dessa coisa.

PRECEPTOR 6: Aquilo que tem no mestrado, eu paguei. É uma coisa ridícula. É um estágio de docência. Eu aprendi muito, mas aquilo não era para ser suficiente como é na prática hoje. Você não vê isso no curso médico, você não vê isso na residência, pelo menos na residência que fiz não tinha. Você vai ver isso no mestrado, que é uma cadeira do mestrado. Que nessa cadeira do mestrado, você passa oitenta por cento do tempo ensinando as pessoas, e não aprendendo como deveria fazer... Será que você está tentando aprender alguma coisa? Era para você aprender mais do que ensinar.”

6.3 Modelos de gestão das ações de ensino-aprendizagem no serviço.

As principais atividades desenvolvidas pelos preceptores coordenadores para a gestão do ensino-aprendizagem estão correlacionadas ao desenvolvimento das agendas dos preceptores e as agendas dos estudantes. Para os preceptores, a principal preocupação é garantir a supervisão dos estudantes independente do horário, apesar dos primeiros não estarem presentes durante todo o horário pactuado, e sim os residentes.

PRECEPTOR 4: A pediatria funciona com médico staff de manhã e de tarde. O número de staff pela manhã é bem maior, mas, à tarde, são pelo menos

dois profissionais médicos do estado exclusivos para pediatria. Eles não são plantonistas, não são da emergência pediátrica.

GRUPO FOCAL ESPONTÂNEO 1: E nós trabalhávamos no hospital onde havia uma hierarquização muito grande. Então, o preceptor do doutorando era o R1 e do R1 era o R2, para chegar ao chefe do serviço da equipe em que estava trabalhando.

PRECEPTOR 6: Geralmente, tem toda uma hierarquização, pelo seguinte: quando você está aqui, sempre tem mais de um residente rodando. Quem fica na atividade mais de triagem, de evolução é o R1. O R2, ele fica mais fazendo procedimentos, entendeu? Então, na maior parte dos rodízios de obstetrícia, quem fica em contato direto com estudante é o residente.

PRECEPTOR 14: É pra ficar, é pra ficar. Sempre tem preceptor. Eventualmente, no horário da madrugada de plantão, pode ser que eles fiquem com os residentes, geralmente, eles estão junto com os residentes. A supervisão mais imediata é dos residentes, mas na passagem da visita e na discussão teórica é do preceptor. Se eles tiverem alguma dificuldade, tem preceptor disponível sempre lá. Isso aí não falta não.

E no aspecto agenda dos estudantes, o ressaltado é conseguir adequar a quantidade de estudantes às possibilidades físicas do serviço.

PRECEPTOR 12: Nos ambulatórios da ginecologia, às vezes você tinha uma turma maior e aí você pegava aquele grupo, eu, por exemplo, dizia o seguinte: “se vocês vierem os 12, vai ser impraticável, porque a sala é pra 6 pessoas no máximo”. Então, às vezes eu dizia “vocês vêm metade de manhã e vêm metade à tarde.” Aproveite o turno no caso que vocês estão ganhando e estudem, agora estudem gineco, estudem obstetrícia que eu vou perguntar, que eu vou indagar e tal. Porque na realidade o que é que era pra acontecer, ter mais staffs, entendeu?

Em função das agendas corridas dos preceptores, são os residentes que realmente desenvolvem a preceptoria do doutorando. Os preceptores muitas vezes estão envolvidos em outros serviços do sistema de saúde, sejam públicos ou privados.

Apenas um preceptor enfatizou a importância de organizar uma recepção aos estudantes com apresentação de regimento interno elaborado pelo serviço e definição de um contrato de convivência.

PRECEPTOR 4: *Por exemplo, de rotina, desde o meio do ano, a gente se reúne com o grupo do internato, senta, passa as normas do hospital, entrega o regimento de estagiários, conversa com eles.*

A instituição de ensino através de uma das coordenações de área (saúde coletiva) realizou oficinas locais para o planejamento das atividades educativas e adequação do serviço ao processo de ensino-aprendizagem, porém esta não é a rotina dos preceptores. Vale salientar que poucos preceptores entrevistados apresentaram em seus discursos esta preocupação.

PRECEPTOR 8: *Eu acho que isso era uma das nossas maiores expectativas, era essa interação realmente do serviço com a universidade. E está sendo muito gratificante, porque a coordenação tem essa facilidade de trabalhar com oficinas, naquela metodologia de problematização. A última oficina que a gente teve foi muito importante porque a gente se viu como um todo. Quando ficaram concluídas as apresentações, a gente pôde perceber o que cada um fazia.*

O ensino, através de seu planejamento e suas atividades, sejam de gestão ou assistenciais, pode produzir o encontro da equipe em seu reconhecimento mútuo e trabalho de grupo.

6.4 Existência ou ausência de comunicação e integração ensino-serviço, a participação da universidade e docentes nos serviços

A integração ensino-serviço continua a ser um imenso desafio para a instituição de ensino. São diversas as falas dos preceptores que ressaltam a falta da universidade nos campos de estágio do internato externos ao hospital universitário. Destacam a dificuldade de comunicação com os docentes, a necessidade de educação permanente da preceptoria para exercer a função, ressaltam a importância dos eventos pontuais que já acontecem e solicitam benefícios secundários para se manterem na função de supervisor.

O aspecto comunicação na integração ensino-serviço é essencial. Os preceptores reconhecem o bom funcionamento do rodízio de pediatria em que os coordenadores conseguem manter uma comunicação constante com os serviços. Outros rodízios têm dificuldade em comunicar a chegada dos estudantes com antecedência e não proporcionam ao rodízio um *feedback* sobre as impressões dos estudantes ao final dos estágios. Em alguns momentos, os estágios já foram suspensos devido a alguma dificuldade dos estudantes sem, porém, um aviso prévio aos preceptores responsáveis.

PRECEPTOR 4: *A gente pode dividir a federal em duas partes. O internato de pediatria funciona como um relógio, o relacionamento com a federal é excelente com a parte da pediatria. Em outros, eles deixam a desejar em outras partes.*

PRECEPTOR 6: *Eu vou dizer uma coisa para você que é chocante. Para mim, dez anos na base onde eu estou, é como se não existisse, para o internato, a faculdade de medicina. Se eu quisesse ensinar corte e costura aqui, eu teria passado quinhentos anos ensinando isso e ninguém nunca teria nem tomado conhecimento.*

PRECEPTOR 9: *Um diálogo mais próximo com a coordenação. Eu acho que, desde esse período todo, a coordenação do internato foi bem ausente na relação com a gente.*

PRECEPTOR 10: *Eu sinto falta de um feedback. Eu não sei o que acontece com estes doutorandos quando eles saem, inclusive foi uma coisa que falei com a coordenação no começo do ano. Que ele simplesmente parou de enviar doutorandos e nós tínhamos 6 vagas e passaram a mandar 2 ou 3 porque abriu rodízio em outro hospital, mas gostaríamos de saber o que é que houve. O doutorando não quer mais vir para o nosso hospital? Eu não tenho a menor idéia porque o doutorando não quer vir para o nosso, nós não temos esse feedback.*

PRECEPTOR 14: *Eles nunca mandam com antecedência quem é que vai. Isso aí eu meio que já desisti. Aí a gente começou a devolver os alunos que não tinham ofício. Foi aí que eles começaram a enviar, porque nem ofício eles queriam mandar. Mandavam assim, chegava o menino de boca por aqui.*

Algumas falas dos preceptores destacam a necessidade da presença dos docentes nos serviços para reconhecimento de sua realidade e principalmente dificuldades locais.

PRECEPTOR 3: Assim, agora a gente está se aproximando mais, porque eu nunca tinha tido a oportunidade de falar sobre a atividade que a gente faz como preceptora e eu acho que é uma oportunidade boa, que a partir daí vocês vão conhecer as dificuldades da gente, trazer e levar sugestões.

GRUPO FOCAL ESPONTÂNEO 1: Então, para a sua pergunta, na verdade, eu acho que a gente precisa de mais supervisão docente. E uma influência das técnicas desenvolvidas na universidade.

Os preceptores demandam a oferta de programas de educação permanente pela universidade, seja presencial ou à distância, principalmente na área de educação na saúde. Consideram ainda a possibilidades das inovações tecnológicas desenvolvidas pelas universidades chegarem até seus serviços. Ao mesmo tempo, não demonstram uma capacidade ou uma disponibilidade em buscar estes conhecimentos de uma forma mais autônoma, reflexo provável de uma educação tradicional ou até mesmo falta de tempo ou de priorização.

PRECEPTOR 2: Eu acho que uma educação continuada para a gente seria uma coisa muito boa. A gente tem pontualmente, mas eu acho que poderia ser alguma coisa melhor, porque poderia haver essa troca: já que a gente recebe os estudantes aqui, a gente poderia ter esse programa de educação continuada em PSF e que a gente pontualmente pudesse participar também.

PRECEPTOR 3: Poderia oferecer um curso à distância, de oferecer para esse preceptor. Se for oferecido de uma maneira fácil de ser feita, à distância, por exemplo, mas de um conteúdo muito bom, porque vai te dar um suporte na hora que precisar.

Vários eventos organizados pela coordenação do curso e por alguns rodízios específicos, como o de saúde coletiva, destacaram o papel do preceptor e os apoiaram no planejamento das ações pedagógicas nos serviços. Estas ações,

porém, têm um caráter transversal e não longitudinal, algo que precisa ser revisto na instituição acadêmica.

PRECEPTOR 7: *Uma das nossas expectativas a gente já está concretizando, que é justamente essa interação da universidade com o serviço, no sentido de a universidade preparar a gente melhor para recebê-los. Estão acontecendo algumas oficinas com a Saúde Coletiva.*

PRECEPTOR 9: *A gente tem experiências, teve um momento ano passado que a coordenação da saúde coletiva chamou, e essa proposta de avaliação que a gente faz foi produzida em conjunto, eles ouviram a gente e tentaram mudar alguma coisa.*

Outras demandas também compõem o discurso dos preceptores. Entre elas a possibilidade de incentivos financeiros diretos ou através de financiamento de participação em eventos; melhora da infra-estrutura dos serviços; inclusão do critério de participação na preceptoria para ascensão profissional nos planos de cargo e carreira e a diminuição das demandas assistenciais para os profissionais envolvidos na supervisão de estudantes.

PRECEPTOR 6: *Se, por exemplo, eu tivesse me dedicado só à pesquisa, sem ver aluno, com uma boa publicação científica, eu teria possibilidade de galgar muito mais rapidamente bons salários, e poderia ter tido pesquisa remunerada. Enquanto, por mais que eu me dedicasse aos estudantes, se eu tivesse aula todos os dias, dando aulas em sala e prática, isso não é absolutamente contado na progressão. Então, essa dissonância desanima bastante. É a política da própria universidade que é um desestímulo.*

PRECEPTOR 6: *Olha, hoje é muito difícil abrir um curso médico, apesar de todos os dias se abrir um, entendeu? Mas, muito mais difícil é se abrir uma residência. Sabe por quê? Não tem preceptor. O preceptor hoje não recebe um real para ser preceptor. E sem dinheiro, as pessoas não querem ser preceptor.*

PRECEPTOR 12: *Bem, tem algumas mudanças que o hospital vai sofrer, entendeu? Estão construindo esse pronto-atendimento, aí há uma perspectiva, ou pelo menos foi aventado aqui pra gente que a triagem iria descer lá pro pronto-*

atendimento, pro térreo. E eu acho que em termos de logística, é válido. E como vai beneficiar a dinâmica do serviço, eu acho que pra eles, pro rodízio deles, vai ser um ganho, porque vai ter um espaço, vai ter um profissional direcionado específico pra aquela área, naquele setor.

PRECEPTOR 3: Em relação ao internato em si, acho que não. Acho que a única coisa que eu sinto falta é de mais leito; e mais preceptor pra poder ter assim mais acesso ao aluno. Principalmente mais leito.

6.6 Percepção de benefícios e malefícios da relação com estudantes

A categoria que estuda os ganhos e perdas da atuação como preceptor é bastante estudada na literatura sobre supervisão de ensino. Entre os ganhos, os preceptores falam principalmente da possibilidade de educação continuada proporcionada pela atuação conjunta com os estudantes. Alguns preceptores colocam a relação com o estudante como uma relação de aprendizagem mútua, constituindo uma possibilidade constante de revisão da própria prática.

PRECEPTOR 2: A gente também aprende com o estudante porque ele traz novidades, ele fala alguma coisa nova, ele põe em evidência uma determinada tendência e a gente é forçado a dar uma lidinha também.

PRECEPTOR 4: Trabalhar com interno é muito bom por um motivo, pois é um fio de prumo da gente. O profissional, quando ele não tá normalmente em atividade docente, mesmo ele não esteja exatamente na academia, ele tende a só reproduzir.

PRECEPTOR 7: Mas eu acho que eu aprendo de medicina com os estudantes, no sentido de que eu revejo muito a minha prática. Quando a gente está vendo algum caso de alguma coisa, eu revejo muito a minha prática.

A proximidade com pessoas jovens também traz uma motivação a mais para os preceptores, além da satisfação em participarem da formação de futuros profissionais. Um preceptor afirma ainda que o serviço só faz sentido devido às suas atividades educativas.

PRECEPTOR 6: Se você tirasse os estudantes daqui, a gente, na verdade, perderia tanto a nossa identidade, que ficaria uma coisa meio sem sentido,

sabe? Porque pode ter certeza que muita gente está trabalhando aqui mais por isso do que pelo trabalho em si, entendeu? Porque se você olhar para a paisagem, você percebe que a paisagem não é a razão.

PRECEPTOR 8: Mas a gente tem que olhar que essas pessoas que a gente está cuidando, elas vão fazer a diferença no local que elas vão trabalhar. Eu acho que isso é o que me estimula todo mês. Então quando eu penso nisso, eu me sinto estimulada e sempre passo isso para os preceptores.

A principal dificuldade foi a relação com estudantes “desinteressados”. Os preceptores falam ainda das dificuldades em conciliar a demanda assistencial com a demanda dos estudantes e ainda o desgaste devido à repetição dos rodízios.

PRECEPTOR 4: Teve época que a gente teve uma média de dezoito internos, e nenhum queria fazer pediatria, então era meio tumultuado. Isso desestimula.

PRECEPTOR 8: Porque, além de preceptora, eu sou interlocutora da ouvidoria. Então eu tenho um serviço que eu tenho que dar conta no final do mês, então eu sei que muitas vezes para mim é difícil ter que estar parando o serviço para dar atenção.

GRUPO FOCAL ESPONTÂNEO 2: A gente trabalha até o final e volta realmente para o começo. Às vezes fica muito desgastante, porque são doze turmas por ano, e às vezes fica repetitivo.

PRECEPTOR 9: Seria o desinteresse, a desmotivação, resumindo assim sabe. Por mais que a gente tente, trabalhe, puxe motivação a partir da necessidade que o estudante quer, o interesse que ele quer, mas quando a gente dá o feedback, faz a avaliação e não vê a progressão.

PRECEPTOR 14: A crise de compromisso tá muito grande. Muitos alunos têm uma falta de postura muito séria, mas aqueles que têm compromisso é muito bom ver crescer. Saber que você pode tentar ajudar aquela pessoa a atingir o potencial que ela tem, é muito bom assim.

6.6 Sentimentos em relação ao ser preceptor e educador

Nas publicações sobre as motivações para ser preceptor, fica evidente o prazer que os preceptores demonstram em sua atuação enquanto educador. Nas entrevistas realizadas, os preceptores afirmam gostar bastante da sua atuação profissional. Para alguns sempre foi um sonho, até uma paixão; para outros sempre foi um interesse na atividade de trabalho.

PRECEPTOR 1: *Na verdade, apesar de estar na emergência, a gente sempre tentava de alguma maneira dar algum suporte de ensino, já que eu sempre gostei.*

PRECEPTOR 2: *Quando eu comecei o PSF, ligaram perguntando se a gente queria receber estudantes e eu achei interessante, porque a gente faz um vínculo com a universidade, uma troca, e aí a gente começou a receber estudante.*

PRECEPTOR 6: *Foi no primeiro dia de aula. Eu me apaixonei à primeira vista. E disse: um dia eu serei professora da Universidade Federal. Eu estava na UPE, há três anos, quando passei no concurso daqui, ganhava o dobro lá e pedi demissão. Era meu sonho.*

Para alguns, o mais importante é o aspecto do aprendizado mútuo e a troca de experiências. Contribuir com a formação de outros profissionais, assim como receberam na sua formação, para alguns preceptores é o mais importante.

PRECEPTOR 6: *Talvez lembrar um pouco o que eu era, entendeu? Assim, da mesma forma que você cria um filho pensando em pagar uma dívida porque você foi criado por alguém, eu também me sinto em dívida com os meus colegas, hoje são meus colegas, mas que me ensinaram alguma coisa quando eu era estudante. Então, eu acho que a gente tem que tentar manter vivo esse ciclo de ensino e aprendizado, sabe?*

Outros descobriram a possibilidade de ensinar em atuações prévias à preceptoria, como monitoria ou no ensino médio.

PRECEPTOR 3: *De fato, a minha primeira experiência profissional foi como professora. E quando terminei enfermagem aí eu comecei a ensinar em um curso de auxiliar de enfermagem. Por conta desse contato, eu gostei desse tipo de atividade.*

PRECEPTOR 7: *Eu sempre gostei muito de ensinar. Eu fui professora de Francês a vida toda, entendeu? Aí, eu gosto muito dessa história de ensinar. E eu tive uma experiência maravilhosa com um cara que eu passei, sei lá, quase dez anos com ele, ensinado Francês. Era um juiz federal. Velhinho, oitenta e poucos anos, setenta e pouco na época. E eu aprendi com ele que ensinar é aprender muito.*

PRECEPTOR 9: *E para mim foi uma grande redenção essa minha primeira aula, sabendo que era possível sim eu estar em sala de aula, possível ser professor, uma coisa que eu acreditava, o que era o trabalho integral com a família, e poder passar isso para os estudantes que estão no terceiro período. Uma coisa que não era muito comum para o nosso currículo naquela época, então eu fiquei muito feliz com o resultado disso, que me empolgou cada vez mais para eu estar indo para a “Iniciação à docência” e estar discutindo esse meu papel de professor.*

PRECEPTOR 10: *Desde a graduação, desde o 3º período, eu já me engajava com a monitoria. É uma atividade um pouco parecida, meio embrionária para meu início na preceptoria. Desde o início da faculdade já me despertava esse interesse, essa vontade, e durante quase todo meu período acadêmico eu participei como monitora até mais ou menos o final do curso (período profissional). Já fui monitora de fisiologia, endócrino e neurofisiologia.*

PRECEPTOR 12: *...Na época de colégio sempre me colocava à disposição pra ensinar, pra estar ajudando os outros colegas, minha irmã que é caçula também, e aí era uma coisa que eu já pensava em desenvolver.*

Existem profissionais que relacionam a atuação como preceptor ao serviço em que trabalham. Justificam que, como trabalham em serviços de saúde escola, a atuação como preceptor é inerente às responsabilidades profissionais.

PRECEPTOR 4: *Eu fui interna desse hospital em 1980 e tenho vínculo há anos com o hospital. Então, fui convidada pra trabalhar com o internato. A minha primeira função aqui foi como supervisora dos internos à tarde, de pediatria.*

PRECEPTOR 6: *...Do mesmo jeito que ser pego numa tormenta, se você sai para passear e a chuva lhe pega, a preceptoria me pegou assim. Eu sou*

preceptor antes de terminar a residência, entendeu? Então, eu não tive nenhum tempo para pensar em ser preceptor, não. Logo quando eu era R2, começaram a passar essas coisas para mim, de ficar com os internos, não porque houvesse um talento excepcional da minha pessoa, mas por não haver preceptores suficientes, entendeu?

Para outros é uma tendência natural, pois julgam ter esta facilidade.

PRECEPTOR 12: *Eu acho que eu consigo estimular o aluno e o retorno que eu sinto quando ele vê que tá sendo cobrado, que ele estudou e que aquilo que ele estudou tá sendo utilizado ali naquele rodízio, no dia dele, na prática dele, faz com que eu também me sinta mais envolvido a estar estudando. Então eu acho que é mais assim, o fato de poder contribuir mesmo.*

PRECEPTOR 14: *Sempre (...). Sou filha de professor, de família de professor, sempre foi natural pra mim conversar com gente desde que eu fiz medicina, desde acadêmica, eu gostava de ensinar, fui monitora. Então assim, era uma tendência natural de ser preceptora. Fui do DA (...), discuti muita coisa sobre CINAEM. Eu tinha muito questionamento sobre o método de ensino daqui.*

Sentimentos negativos estão mais uma vez relacionados aos estudantes desinteressados e à sensação de abandono dos preceptores por parte da instituição de ensino.

PRECEPTOR 7: *Eu acho só que é uma demanda da gente, eu não sei se a entrevista consegue traduzir bem, consegue pegar bem a sensação de abandono do preceptor da rede. Entendeu? Eu não sei se ela consegue captar isso bem.*

6.7 Adequação ou inadequação da infra-estrutura e dinâmica organizacional do serviço para integrar os estudantes, além de outros fatores que prejudicam ou facilitam os rodízios

Diversas dificuldades estão presentes nos serviços para a integração com o ensino. Estas são da ordem do próprio serviço, da instituição de ensino, do estudante e externas.

A principal dificuldade do serviço relatada pelos preceptores está relacionada ao próprio SUS. O baixo financiamento da saúde e suas repercussões

na assistência estão diretamente imbricados na integração ensino-serviço. A péssima infra-estrutura, a insuficiência do quantitativo de profissionais e até mesmo a pequena quantidade de leitos são impeditivos para o ensino em serviço.

PRECEPTOR 1: *O que desestimula não é nem a preceptorial, na verdade é o sistema do SUS. Porque como todo hospital público, a gente tem certas dificuldades de materiais, às vezes de marcar exames, têm essas dificuldades, esses empecilhos que acontecem e aí acaba de certa maneira desestimulando.*

PRECEPTOR 2: *Por exemplo, não sei se o SAME já voltou a oferecer pesquisa em prontuário, pois desde fim de setembro está sem funcionar a sala de pesquisa por conta de uma mudança de área física do SAME e isso é uma atividade crucial da gente. A partir disso, o estudante acaba sem ter atividade para ser feita.*

PRECEPTOR 6: *Porque pode ter certeza que muita gente está trabalhando aqui mais por isso do que pelo trabalho em si, entendeu? Porque se você olhar para a paisagem, você percebe que a paisagem não é a razão.*

PRECEPTOR 7: *Acho difícil a estrutura da unidade para você receber estudante. Assim, aqui, por exemplo, eu não tenho a possibilidade. Até teria, se eu organizasse melhor minha agenda, mas teoricamente ainda não tenho muita possibilidade de deixar o aluno em uma sala sozinho, podendo fazer a dele e eu fazer a minha parte e a gente trocar depois.*

A instituição de ensino também apresenta algumas dificuldades reforçadas pelos preceptores. Referem que o tempo dos rodízios é curto para a necessidade de ensino-aprendizagem dos estudantes. O grande número de estudantes em cada serviço acaba superlotando as enfermarias e ambulatórios, dificultando até mesmo a assistência, além do sentimento de abandono já referido anteriormente.

PRECEPTOR 2: *Eu acredito que é o período que eu acho curto de 30 dias, que não é 30 dias, pois tem feriado e fim de semana... Quando você começa a estruturar o grupo, ele vai embora. E vem outro grupo que tem que recomençar o processo de organização.*

PRECEPTOR 6: *Não sabem, por quê? Porque ele passa um período curto. Agora, assim, na prática mesmo de atender paciente na triagem, ele passa duas semanas.*

PRECEPTOR 11: *As meninas escolheram a política de DST AIDS, que tiveram só um dia, mas eu também não sei se um dia daria, mas só um mês não dá tempo, trabalhar nessa programação. Talvez no primeiro mês rodassem tudo, escolhesse um e no segundo ficasse.*

Preceptores referem ainda que os estudantes estão muito distantes da realidade do serviço público de saúde e das dificuldades enfrentadas pela população brasileira. Este aspecto dificultaria a aprendizagem do estudante, pois muitos não aceitam a realidade encontrada e desta forma não conseguem desenvolver ações para o aperfeiçoamento do serviço.

PRECEPTOR 13: *Eu vejo os meninos chegarem hoje no internato, na residência, muito desconectados da realidade. Muita ciência, mas pouca conexão com a realidade, pouca conexão com o ser humano, com a pessoa, entendeu? E eu acho que isso é o que às vezes acontece... Isso é a fonte da história toda. Porque você vai ficando mais maquinal, então você vai se enchendo de plantão, então é mais rápida a história. Você sabe pouquíssimo da vida do seu paciente. Você não conversa com ele. Você não quer saber da vida dele. Entendeu?*

Um elemento externo aos serviços e à instituição de ensino foi lembrado por alguns preceptores com uma forte influência sobre a prática dos estudantes no estágio. A prova de residência e seu modelo avaliativo centrado na cognição estimulam os estudantes a estudarem uma agenda diferente das demandas do serviço e a cursarem programas extracurriculares preparatórios para as provas. Os estudantes desviam o foco de seus esforços para a prova e deixam para segundo plano as atividades do estágio.

PRECEPTOR 10: *É a avidez deles por quererem passar na prova de residência. A dificuldade que eles têm em se dedicar a estudar o caso do paciente e a atender a demanda de prova e principalmente da prova de residência. Então quando chega ao final do curso, quando é uma turma que está terminando, eles só querem estudar para o famigerado Medcurso e aí eles não tem o comprometimento.*

PRECEPTOR 12: *Se esquiva. Então eu (estudante) estou preocupado em estudar, principalmente agora, final de ano, que o cara tá com a prova de residência batendo na porta. O cara tá aqui no rodízio, mas tá ali no Medcurso, simuladão, alguma coisa assim. Eu não estou criticando não, eu digo assim, pra ele aquele momento de estar aqui não tá sendo bem aproveitado por conta da prova que ele tem que fazer, que ele tem que estudar.*

Os preceptores, porém, também afirmaram aspectos que facilitam a integração. A incorporação do estudante à produção do cuidado com o papel e responsabilidades definidas e a possibilidade de, através de sua ação, melhorar a resolutividade do serviço, seria capaz de superar todas as dificuldades encontradas. Os serviços em que seu principal papel é educativo, como os Hospitais Universitários (HU), independente do aspecto assistencial, os problemas seriam menores, pois não teriam que dar conta da demanda populacional.

PRECEPTOR 2: *Ele (estudante) faz a busca ativa dos casos de notificação, eles notificam o caso, casos de notificação compulsória, eles fazem a revisão crítica do preenchimento da declaração de óbito, declaração de nascimento. Ele investiga casos no SAME para fazer o encerramento desses casos quando eles já foram notificados e fazem a digitação nos bancos de dados da gente, e claro que isso tudo depois a gente faz a revisão. Alguns até nos ajudam a fazer a confecção dos relatórios, do boletim trimestral da gente.*

PRECEPTOR 8: *Por exemplo, na gerência de contratos, a gente precisou comprar uns serviços de imagem e a gente precisava fazer uma licitação, então a gente pediu que eles (estudantes) ajudassem a gente com uma pesquisa: eles se colocando como compradores de serviço, o que é que eles precisariam saber de legislação, de local, enfim de vigilância sanitária, de tudo que envolvesse o Rx para se comprar aquele serviço. Então eles foram pesquisar e depois eles apresentaram à gente. A gente fez isso com vários serviços: RX contrastado, tomografia, os principais exames de diagnóstico que a gente precisaria ter para a conta de serviços, quais seriam os importantes, o que não poderia faltar na atenção básica, por exemplo, endoscopia. Então eles fizeram toda essa pesquisa para a gente, com essa visão que eles têm mais aprofundada do que nós, como estudantes terminando o curso de medicina. Então isso foi muito importante para o nosso serviço.*

Esta é uma perspectiva de um preceptor, porém descontextualizada do importante papel dos HUs na rede assistencial, apesar destes não comporem na maioria das vezes esta rede.

4.8 Respostas diante de atitudes dos estudantes

A leitura das entrevistas remete o pesquisador a diversas situações reais vivenciadas pelos preceptores com os estudantes. São ocasiões em que os supervisores estavam diante de conflitos com os acadêmicos, tentando construir possibilidades de ação pedagógica. Algumas mais bem sucedidas que outras, em ocasiões específicas, todas compõem um leque de alternativas ou modelos de respostas ou *feedbacks* a serem utilizados na prática de supervisão de estágio. As respostas variam desde a não resposta, em que não há consideração alguma sobre a pessoa do estudante, até uma intervenção que busca compreender a essência de suas dificuldades em sua singularidade enquanto pessoa. Poderia ser criada uma roda de *feedbacks* possíveis tanto para que o preceptor pudesse escolher qual utilizar, como também para perceber qual utiliza mais ou qual seu perfil de *feedback* (Figura1).

Figura 1. Instrumento para autoavaliação do preceptor quanto ao seu perfil de *feedback*. Qual o seu?



Fonte: Barreto, Vitor Hugo Lima, Pesquisa para o Mestrado Medicina UNIFESP, 2012.

De uma maneira geral as respostas são necessárias em situações em que o estudante precisa corrigir, segundo o preceptor, seu roteiro de aprendizagem. Entre os *feedbacks* estão:

A intervenção nula e/ou de desistência: o preceptor não dedica mais tempo ou esforços para o processo de ensino-aprendizagem do estudante e não dá qualquer retorno sobre os motivos.

PRECEPTOR 6: *Aí, cria outra situação. Sabe qual é? Às vezes, a pessoa se distancia do estudante porque ela tem medo de mostrar a profundidade da sua ignorância.*

PRECEPTOR 7: *Aí, qual foi a minha reação? Foi chutar o balde. Eu deixei de lado, entendeste? É uma saída meio, não sei se infantil. Mas eu não estava podendo, era uma coisa a mais na minha vida que eu não estava a fim.*

A intervenção em espelho: o supervisor acompanha, sem perceber, o grau de motivação do estudante. Caso o estudante esteja motivado, o preceptor estará, caso esteja desmotivado, o preceptor também se desmotiva. Novamente, não há um *feedback* e presume-se que o preceptor tenha uma expectativa na dependência muito grande da aceitação ou olhar do estudante sobre ele.

PRECEPTOR 7: *Aí, ele (outro preceptor) disse: “Estou ficando desmotivado”. Eu respondi: “Pois é, tu estás sendo desmotivado pela desmotivação dele”.*

Intervenção pedagógica independente do estudante: neste caso o preceptor não dá o *feedback* ao estudante, mas mesmo assim continua sua intervenção pedagógica, que se torna mais importante que o próprio aprendizado em si. Nesta ocasião, o preceptor está muito mais centrado em sua própria ação pedagógica do que no estudante.

Intervenção pedagógica negativa: o preceptor pode simplesmente devolver o estudante para sua instituição de origem sem necessariamente dar um retorno. O retorno ao estudante seria a própria devolução. Outra variante seria um retorno agressivo, como por exemplo, reclamar de forma pejorativa, de certa forma humilhando o estudante.

PRECEPTOR 3: *Faz muito tempo que a gente teve problemas, a gente já precisou devolver o estudante, porque nós somos a solução, não o problema. O aluno problemático, se ele começa a dar problema, devolve. Normalmente o que a gente tem é o aluno que falta, que escorrega, que não vem, que inventa desculpa. Faz muito tempo que a gente devolveu um estudante.*

PRECEPTOR 7: *Mas eu tenho algumas experiências difíceis. E eu tenho muita dificuldade, porque a minha tendência é partir para a briga, sabe. É meter a mão na cara e enfrentar, chamar de sei lá o que. Eu não sou uma pessoa que sabe lidar muito bem com essas divergências. Eu tenho muita dificuldade. Aí, eu escolhambo logo.*

PRECEPTOR 10: *Já tive casos, sim. Mande de volta, não deixei completar o rodízio, porque eu conversei com a universidade e disse: “eu não tenho*

condições de avaliar esta pessoa”. Porque é obrigação da universidade também avaliar seus estudantes e nós, às vezes, não sabemos como algumas pessoas caem de pára-quedas no internato.

Alguns preceptores demonstram o desejo de atuar com este tipo de intervenção, porém, não o fizeram concretamente, afastando-se do primeiro impulso e optando por outra intervenção.

PRECEPTOR 2: *O que eu acho complicado, que eu já tive aqui, já tive vontade de dizer “meu Deus do céu, é melhor encerrar esse negócio”, é questão de educação.*

PRECEPTOR 12: *Eu me lembro que teve um caso de um aluno que chegou pra mim lá na ginecologia e aí eu notei que ele tava meio fechado no ambulatório e tudo. Eu disse : “O que foi que houve? Tá chateado? Aborrecido?” Ele disse: “Não, (é) porque eu não quero fazer gineco.” Chega me deixou sem chão aquilo. Eu disse: “Mas será que depois do ambulatório, você não vai de repente querer?” Ele disse: “Não, eu tenho certeza que não quero.” Aí me deu uma vontade de dizer assim: “Rapaz, porque tu não vais pra merda?” Então não apareça aqui, não perca meu tempo. Senti-me desrespeitado.*

Intervenção inespecífica ou indireta: o preceptor fala da situação a ser corrigida para um grupo de estudantes, sem necessariamente especificar para quem está falando. Todo o grupo pode sentir-se responsável ou prejudicado pela situação, ao mesmo tempo em que o estudante que deveria receber o *feedback* pode compreender a mensagem ou simplesmente esconder-se no grupo, fingindo que não é com ele.

PRECEPTOR 12: *Totalmente, totalmente descomprometidos estes dois. E eu só acompanhando e alertando, entendeu, eu disse pro grupo: “Minha gente, vocês estão falhando, já é a terceira vez que eu falo de assiduidade, já é a terceira vez que eu falo de pontualidade, vocês não estão comprometidos, vocês não estão estudando, porque eu já perguntei essa mesma coisa no começo e vocês não souberam responder.” Isso tentando, falando pro grupo, mas lógico que a mensagem era para os dois.*

A Intervenção direta pode acontecer de diversas maneiras: o preceptor pode interromper a atividade do estudante, independente desse estar com usuário ou colega(s), corrigir a situação e sugerir uma ação diferente. Pode, ainda, em um espaço privativo, explicar ao estudante o que avalia de seu processo de aprendizagem e sugerir o que deverá ser seguido;

PRECEPTOR 1: *É, o problema é voar! Ou inventar alguma história que você está vendo no rosto da pessoa que não é real. Aí, o mais importante eu acho que é você chegar, puxar o aluno e conversar mais distante. Não precisa expor também na frente dos outros. Chegar e conversar e tentar mostrar que daquele jeito ele só está se enganando, que desse jeito ele não vai conseguir crescer profissionalmente, que a partir desse estágio na faculdade, você (o estudante) já vai estar se formando realmente como médico e a sua impressão já vai ficando nos serviços que você está.*

PRECEPTOR 2: *Você (o estudante) não pode chegar (...) “a sua medicação é essa, não sei o que”, antes de eu (preceptor) abrir a boca pra falar, ele (estudante) não sabe nem o que eu estou pensando já estava fazendo. Aí eu disse “olha, calma, deixa ver, eu vou examinar e tal”. Dei umas duas colocadas assim, aí ele parou de fazer. Porque eu acho que também não é por aí. Ele não vem para cá para agir sozinho. Vem para a gente conversar e debater.*

PRECEPTOR 2: *Já teve estudante de dizer “o paciente está com o estado geral bom, consciente, orientado, falando”, e o paciente era sequelado de AVC na cama. Eu disse, “tem certeza que você examinou esse paciente?”, (estudante) “Tenho”. Eu disse “venha cá comigo, agora descreva o exame físico olhando”. E descobri o paciente e fiquei do lado. “Ah, eu me enganei...” Eu disse: foi? Pois é, na medicina a gente não pode se enganar.*

PRECEPTOR 13: *Ele não percebeu isso. Aí eu disse “olha fulano, você não fez exame neurológico?”, (estudante) “Não, porque eu não sei fazer o exame neurológico completo.” (Preceptor) “mas não precisa ser completo, vamos lá dar uma olhadinha. Se tem menos força e não sei o que, alguma coisa assim e tal.” Ele continuou não percebendo, ele mandou o paciente se sentar, o paciente carregou a perna pra se sentar.*

Houve também a intervenção em diálogo: o preceptor, em um ambiente próprio e confortável, constrói a possibilidade de um diálogo onde ele não necessariamente afirmará suas convicções sobre o processo ensino-aprendizado do estudante, mas fará este refletir através de perguntas, sem ter que intimidá-lo.

PRECEPTOR 1: *É que de uma maneira geral muitos chegam achando que “ah, pneumonia é uma besteira, eu quero saber na verdade como é que eu faço para tratar uma nefropatia por IgA”, em vez de querer saber o comum. Eles chegam com uma visão e a gente vai aos pouquinhos tentando mostrar aquilo ali, e já saem realmente com outra.*

PRECEPTOR 8: *Mas no final, isso foi uma conquista muito difícil, mas a gente conseguiu reverter um pouco o processo e dar pelo menos a garantia de que ele não passou em branco aqui. Ele pode até nem gostar, nunca olhar para esta questão da saúde coletiva, mas a gente conseguiu pelo menos dialogar.*

Outra opção foi o retorno compartilhado: o preceptor compartilha sua percepção dos estudantes com outros preceptores e/ou membros da equipe, escuta outras opiniões e então intervém em grupo na situação. Constrói um ambiente para uma avaliação do estudante e *feedback* de toda a equipe.

PRECEPTOR 12: *E aí, ia se conversar com o coordenador do internato pra mostrar o que é que tinha acontecido, pra se chegar a uma solução.*

Finalmente a intervenção compreensiva: o preceptor constrói uma boa relação com o estudante e, em um determinado momento, tenta compreender as ações do estudante através de um aprofundamento em sua história de vida, contexto familiar e social, entre outros. Através da compreensão da inter-relação destes fatores pactua ou negocia com o estudante possíveis melhorias no processo de ensino-aprendizagem.

PRECEPTOR 9: *Tenho expectativa na relação da gente, que nos processos de avaliação que a gente faz, que a gente se sinta à vontade de poder fazer um feedback tranquilo um para o outro.*

PRECEPTOR 9: *Tive estudantes que tiveram problemas em relação à saúde mental, entre outras coisas. Que realmente estavam bastante desmotivados*

por estarem lá, mas poder perceber que essa desmotivação é por outras coisas inerentes da vida pessoal e poder ajudar ele como médico da família, foi algo que foi motivador.

É interessante pensar que talvez situações diferentes peçam intervenções específicas e até estudantes específicos demandem determinadas ações. É interessante que o preceptor reconheça suas intervenções e possa transitar nas variadas saídas para lidar com os diversos incidentes pedagógicos.

PRECEPTOR 1: *Claro que uma vez ou outra você precisa pegar mais na mão de alguns que ainda não têm uma consciência da sua função. Porque a gente sabe que quando a gente escolhe a área de saúde, independente de ser medicina ou de ser outra coisa, a gente tem que ter realmente uma disponibilidade pessoal. É uma entrega muito grande, não é?*

6.9 Reconhecimento da aprendizagem do estudante e do preceptor

O reconhecimento por parte do preceptor da evolução do estudante é um aspecto do ensino-aprendizado que traz muita satisfação. Os preceptores trazem nas entrevistas as diversas formas como percebem o aprendizado dos estudantes: a valorização de aspectos da profissão antes desvalorizados; a aquisição de conhecimentos; o saber relacionar-se com os usuários; o amadurecimento profissional; ou a simples percepção que o estudante não mudou nada.

PRECEPTOR 1: *Aprender não só de conhecimento, mas eu acho que o mais importante é a maturidade e a maneira de se relacionar com os pacientes. Porque hoje em dia o que a gente vê muito são médicos frios, que não olham no olho do paciente, que não sabem escutar.*

PRECEPTOR 6: *Ruim é aquele que não tem nenhum interesse, que chega ao final, a gente percebe que não chegou nem perto.*

PRECEPTOR 7: *Quando a gente vê o resultado na avaliação final que a gente faz todo mês com eles, mais uma discussão que um relatório, que a gente discute os lugares que eles passaram, eles apresentam isso para a gente e a gente*

discute, a gente vê a diferença de quando eles chegaram, normalmente armados, sem saber o que iam encontrar.

Em alguns momentos, os estudantes podem simular a valorização de um conteúdo ou atitude profissional por saberem o que o preceptor espera deles. Nestas ocasiões, é sábio do preceptor construir um ambiente sem denunciar suas próprias expectativas, podendo abarcar o estudante em sua autenticidade, por mais que vá de encontro às suas próprias expectativas.

O próprio preceptor também reconhece o seu aprendizado enquanto tal, fechando o ciclo do ensino-aprendizado. As adaptações que os preceptores realizam nos serviços a cada turma que passa pode ser uma forma de reconhecer este desenvolvimento da preceptoria. A possibilidade de planejar atividades diferentes para os novos estudantes, como novas atividades teóricas ou práticas, perceber-se motivado para estudar, aprender sobre a relação com o estudante conseguindo motivá-lo, e a própria mudança nas metodologias de avaliação seriam outros parâmetros para o reconhecimento da evolução do preceptor. Poucos, porém, reconhecem na área de conhecimento da educação, educação na saúde e educação médica, um lugar para renovação de seus conhecimentos, práticas e atitudes enquanto preceptores.

PRECEPTOR 3: E o primeiro contato com os estudantes foi esse com o curso que vêm uma vez a cada semestre. Depois disso, tivemos a idéia de oferecer como campo de estágio, para o doutorando ficar aquele período maior, a partir da experiência com o residente de enfermagem, porque a gente já tinha uma experiência de quatro anos com eles, aí estruturou melhor.

PRECEPTOR 9: Tive estudantes que tiveram problemas em relação à saúde mental, entre outras coisas. Que realmente estavam bastante desmotivados por estarem lá, mas poder perceber que essa desmotivação é por outras coisas inerentes da vida pessoal e poder ajudar ele como médico da família foi algo motivador.

6.10 Leitura e análise dos documentos que referenciam o Internato do curso de Medicina da UFPE, das Diretrizes Curriculares Nacionais e a relação com os resultados obtidos através das entrevistas.

Entre os documentos que regulam o internato do curso de medicina da UFPE, estão: as próprias DCN, o Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso de Medicina da UFPE e os projetos referentes a cada um dos rodízios.

Como apresentado na Introdução, as DCN apropriam-se de maneira bastante superficial do internato. A consequência sobre esta superficialidade é uma demanda nacional de um documento exclusivo sobre o estágio obrigatório. O PPP do curso de medicina da UFPE reproduz a consideração pouco aprofundada das DCN, apesar de apresentar um pequeno capítulo dedicado ao internato. Cita a expansão do internato para dois anos e a inclusão da rede de saúde estadual e municipal como campo de prática. Afirma a necessidade de atividades pedagógicas que enfatizem a prática e ética médica. Orienta a presença docente nos campos de prática, algo pouco relatado pelos preceptores entrevistados. Sugere a construção de autonomia do estudante, através de uma responsabilização gradual do cuidado. Este aspecto esteve presente na fala dos preceptores com uma formação pedagógica específica como as citadas na segunda categoria de análise, modelos de ensino-aprendizagem, porém não é a realidade de boa parte dos preceptores. Assim como os preceptores, o PPP afirma que os estudantes deverão se apropriar de um “núcleo básico de competências”, porém, não traz qualquer detalhamento sobre este. Cita a supervisão dos preceptores, sem, porém, considerar as competências necessárias para assumir a responsabilidade. Cita a problematização e a avaliação por competência e processual como recursos pedagógicos importantes. Sugere o desenvolvimento pedagógico docente, porém não se refere ao desenvolvimento dos preceptores. Não apresenta recursos metodológicos para concretização da problematização, assim como não menciona a gestão do ensino nas unidades. Cita metodologias relacionadas à discussão da temática da Bioética, porém esta temática não é levada em consideração atualmente pelos preceptores em atividades teórico-práticas. Não detalha ações de integração ensino-serviço ou mesmo o papel do docente nos serviços, afim de apoiar as atividades de estudantes e preceptores.

Os projetos destinados a cada rodízio foram produzidos de maneiras diferentes. Algumas foram escritas pelos coordenadores do internato, como a de clínica médica, gineco-obstetrícia e pediatria. Outras foram produzidas com a participação dos preceptores em determinadas etapas do processo de elaboração, como a de saúde coletiva. Uma nunca foi elaborada, a do internato de cirurgia, cuja fonte de informação limita-se a um email enviado pelo coordenador a coordenação do curso médico da UFPE.

Internato de Clínica Médica: A ementa refere-se à atenção primária e secundária como campos de prática em que o estudante estaria apto a atuar ao final dos rodízios. Vale ressaltar, porém, que os cenários de atuação do estudante durante os rodízios de clínica médica são, em sua maioria, hospitais terciários, nos quais o estudante entra em contato com uma variedade de problemas de saúde muito diferentes dos encontrados nos níveis primário e secundário. Além da diferença epidemiológica dos serviços, os procedimentos técnicos também apresentam peculiaridades, incluindo o próprio objetivo central de cada nível assistencial. O documento refere-se a alguns dos princípios caros às DCN como a educação permanente e a formação do médico generalista, porém não cita as DCN ou esclarece a forma como os estudantes construirão o domínio destes princípios. Os temas propostos para as atividades teóricas e práticas não estão coerentes com o perfil de morbi-mortalidade dos serviços do rodízio e não incluem temáticas éticas ou de comunicação, prevenção e promoção.

Internato de Ginecologia e Obstetrícia: o programa do rodízio, assim com o de clínica médica, refere-se à atenção primária, porém, suas atividades desenvolvem-se em níveis assistenciais secundários e terciários. Apresenta diretrizes gerais compatíveis com as DCN bem delimitadas, com distinção entre conhecimentos, atitudes e habilidades. O conteúdo programático está centrado em conhecimento biomédico, sem inclusão de outras temáticas relativas ao processo de trabalho ou aspectos éticos. Apresenta um detalhamento importante sobre as atividades realizadas nos hospitais escola para o rodízio de ginecologia. As atividades relacionadas à parte de obstetrícia não estão incluídas e não foi entregue documento específico para a etapa na coordenação do curso de medicina.

Internato de Pediatria: o documento do rodízio de pediatria refere-se diretamente às DCN e aborda aspectos como ética, comunicação, prevenção, promoção e reabilitação, porém sem esclarecer como estas atividades serão desenvolvidas. O conteúdo programático tem um enfoque biomédico centrado em patologias. No aspecto avaliação, orienta os preceptores a avaliarem os estudantes de maneira processual, apesar do instrumento sugerido pela instituição não permitir este tipo de análise. Acrescenta ao final do estágio, a possibilidade do próprio estudante apreciar o rodízio, algo que não acontece formalmente em nenhum deles, o processo, porém não é realizado sistematicamente. O documento orienta os preceptores sobre a organização ou gestão do processo educativo e adequação do serviço ao estágio do estudante, através da determinação do número de consultas dos estudantes, o número de pacientes internados por estudantes, além de atividades específicas a serem desenvolvidas.

Internato de Saúde Coletiva: o documento que referencia o rodízio foi produzido com a participação da coordenação do curso de medicina e com reformulações importantes em oficinas com preceptores da atenção primária e da gestão dos municípios envolvidos. Está norteado pela Lei de Diretrizes e Bases e pelas DCN. Enfatiza a importância da prevenção, promoção e tratamento e detalha as atividades que serão desenvolvidas pelos estudantes, pactuadas com serviços e gestão. Utiliza-se da problematização para as atividades reflexivas dos estudantes em seminários e orienta a avaliação processual dos estudantes através de um instrumento específico. Não cita, porém, outros aspectos das diretrizes como comunicação, liderança, entre outros. Não instrumentaliza o preceptor de metodologias de ensino problematizadoras para o desenvolvimento das atividades pactuadas.

De modo a resumir o conteúdo discutido comparando diretamente às categorias de análise, podemos lançar algumas afirmações. Os documentos gerais (DCN e PPP) apresentam uma concepção pedagógica, porém sem instrumentos para efetivá-la. Os documentos específicos (programas) na sua maioria não apresentam um modelo pedagógico, com exceção de pediatria e saúde coletiva. Nenhum projeto detalha metodologias específicas para o desenvolvimento das atividades ou avaliação específicas dos preceptores e dos serviços, a fim de dar-

lhes retornos sobre seus desempenhos. O conteúdo para atividades teóricas está focado principalmente em doenças prevalentes.

Não fica claro nos documentos específicos até onde os preceptores foram consultados para contribuir com a definição de conteúdo programático, atividades práticas, etc. O programa de saúde coletiva, porém deixa clara a participação dos preceptores na elaboração do programa e metodologia avaliativa.

Com relação à gestão do ensino, o programa de pediatria, ginecologia e saúde coletiva listam as atividades que deverão ser desempenhadas pelos estudantes. Nos de clínica médica, cirurgia e obstetrícia, não foi encontrada a informação.

Na temática integração ensino-serviço, nenhum dos documentos apresenta as atividades docentes ou institucionais responsáveis pela relação.

6 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados encontrados visa correlacionar os achados do estudo às produções nacionais e internacionais. Assim, as categorias serão discutidas de forma separada, a fim de tornarem-se mais claras e concisas. Serão consideradas aqui as quatro primeiras categorias, cujos resultados mostraram-se mais significativos para a explicitação das principais características do processo de ensino-aprendizagem propriamente dito e as três categorias que demonstram resultados semelhantes aos encontrados da revisão bibliográfica. As categorias de expectativas, modelos pedagógicos, gestão do ensino e integração docente-assistencial descrevem o processo de ensino-aprendizagem de forma mais clara que as categorias: benefícios e malefícios, adequação dos serviços e sentimentos enquanto educador.

6.1 Expectativa para a formação dos estudantes e sua correlação com as diretrizes e documentos institucionais do internato

A expectativa dos preceptores entrevistados variou desde procedimentos técnicos, conhecimentos básicos, aproximação da especialidade até expectativas, além das possibilidades reais do próprio rodízio. Em pesquisa que demonstrou o grau de correspondência entre as expectativas de preceptores entre si e entre preceptores e estudantes, Malloy *et al* (1998) puderam observar que os preceptores concordavam em grandes temas para o aprendizado de estudantes, porém discordavam das ações efetivas a serem realizadas pelos estudantes na prática.

No estudo de Malloy *et al* (1998), a discrepância entre as expectativas dos estudantes e as expectativas dos preceptores foi enorme. As expectativas dos estudantes eram maiores que as dos preceptores. Os estudos permitem refletir sobre o encontro de atores com expectativas diversas: o estudante, preceptor, gestor, docente e usuário. Seria possível afirmar a importância do conhecimento das expectativas de todos os atores, a fim de que a condução dos estágios possa produzir resultados mais efetivos e motivadores para todos (MALLOY *et al*, 1998).

Nesta perspectiva, a produção dos documentos que norteiam os rodízios poderá ser pensada por estes de forma participativa, possibilitando uma coerência

maior com a realidade e o desejo de todos. Majory Wenrich *et al* (2010) comprovaram, na Universidade de Washington, as diferentes expectativas de professores, estudantes e preceptores. Sugeriram a produção de agendas curriculares mais alinhadas, a fim de apoiar a integração ensino-serviço e o esclarecimento das expectativas para os estudantes, o que poderá gerar menos desencontros entre os atores em cena no internato.

Segundo Yu *et al* (2011), apesar das diferenças explicitadas, o aprendizado diversificado do corpo discente não parece afetar o desempenho dos estudantes quando há coerência nos instrumentos de ensino e de avaliação. Com a expansão dos cenários de práticas dos rodízios do internato, as vivências dos estudantes podem diversificar bastante de um serviço para outro. Porém, caso haja uma combinação entre preceptores e docentes quanto às metodologias de ensino e avaliação, estas diferenças não terão repercussão no produto final do estágio (YU *et al*, 2011).

É neste aspecto que será importante discutir a categoria referente às práticas pedagógicas dos preceptores nos serviços. A maioria dos documentos da UFPE sobre os rodízios do internato não afirma, de forma clara e objetiva, quais metodologias de ensino deverão ser utilizadas e seus modelos de aplicação.

6.2 Modelos de ensino-aprendizagem e sua repercussão nas metodologias e relação com formação em educação

A diversidade das metodologias de ensino-aprendizagem utilizadas no internato permitiu, na análise dos resultados, a classificação em dois modelos centrais: o ensino centrado no educando e o ensino centrado no educador. Várias metodologias, porém, compuseram uma terceira subcategoria, em que as metodologias, a depender de como fossem desenvolvidas, poderiam ser utilizadas nos dois modelos citados. Percebeu-se ainda a importante repercussão destes modelos nas metodologias avaliativas e a importância da formação pedagógica dos preceptores em seus possíveis formatos.

Destacam-se nas falas dos preceptores aspectos também do “não dito”. Em grande parte, ao comentar sobre as diversas atividades teóricas e práticas dos

rodízios, os supervisores de estágio não detalharam as metodologias utilizadas nestas atividades.

Um exemplo interessante é o da atividade da discussão de caso à beira do leito. Segundo pesquisa realizada na UFPE com os estudantes do internato, esta é uma das atividades mais comuns aos doutorandos nos serviços hospitalares em que estagiam (BARRETO *et al*, 2011). Não são raros os relatos de estudantes e usuários, até mesmo na literatura ou cinema, de como esta atividade pode ser constrangedora, tanto para um como para outro. Na literatura da educação médica existem diversos estudos analisando as formas mais eficazes e éticas de conduzir este tipo de atividade prática. Muitos estudos elencam uma lista de dicas ou condições necessárias para uma boa facilitação da metodologia. Ramani (2003), da Universidade de Boston, citou doze dicas para a boa condução da visita à beira do leito (Quadro 2).

Quadro 2. Doze dicas para a boa condução da visita à beira do leito.

Pré-visita	Preparação Planejamento Orientação
Visita	Introdução Interação Observação Instrução Síntese
Pós-visita	Questionar <i>Feedback</i> Reflexão Preparação

Fonte: Ramani, 2003, p. 113

Alguns departamentos de escolas médicas construíram um manual para orientação destes preceptores sobre a atividade específica à beira do leito. O departamento de emergência da Universidade da Califórnia produziu um manual (Birnbauer, 2007), para que os preceptores tivessem condutas semelhantes durante esta atividade. A secretaria de desenvolvimento docente da Universidade de Calgary propôs um modelo em cinco passos. Afirma que estes estariam direcionados para um ensino centrado no estudante e suas necessidades específicas (Quadro 3) (UNIVERSIDADE DE CALGARY, 2007).

Quadro 3. Modelo de visita em cinco passos.

1. Preparar
2. Questionar
3. Ensinar
4. Refletir
5. Objetivos para estudo

Fonte: Universidade de Calgary, 2007, p. 6

As bases para este nível de detalhamento desta atividade estão nas propostas do Dr. Ken Cox, médico australiano que publicou uma série de artigos sobre o tema em 1993. O mesmo subdividiu a visita à beira do leito em dois ciclos: o ciclo de experiência/vivência e o ciclo de reflexão/explicação. O esquema abaixo representa o movimento do processo de ensino-aprendizagem entre um encontro e outro com o paciente (Figura 2) (COX, 1993).

Figura 2. Processo de ensino-aprendizagem entre um encontro e outro com o paciente.



Fonte: Cox, 1993, p. 18

Os preceptores entrevistados não relataram utilizar uma metodologia específica em nenhuma das abordagens sobre as visitas à beira do leito. É muito provável que reproduzam, com alterações concebidas ao longo de suas experiências, os mesmos modelos de seus próprios preceptores durante a graduação ou residência médica. Não se reportam à bibliografia da educação médica para melhor apropriação didática de suas atividades, algo que poderia ser esperado dentro da competência em educação permanente. O mesmo acontece para a maior parte das outras atividades pedagógicas do preceptor, sejam em espaços predominantemente práticos ou teóricos.

O curso de medicina da UFPE, através dos encontros realizados pela sua coordenação com preceptores, já identificou a necessidade da elaboração de publicações como manuais para a devida orientação dos preceptores. A produção destes materiais fica sempre secundária a demandas outras, consideradas mais importantes ou emergenciais (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, 2010). Neste aspecto, ressalta-se a avaliação da CINAEM, que contribuiu para a compreensão da importância da gestão dos cursos de medicina com uma governabilidade diferenciada da que se encontra hoje, em especial nas escolas públicas (MERHY; ACIOLE, 2003).

O ensino prático da medicina, porém, não acontece apenas na presença dos usuários. Há diversos momentos de ensino clínico na ausência daqueles. Entre estas situações estão a discussão no corredor, na sala ao lado, por telefone, via *email* ou ambiente virtual, etc. Muitos dos preceptores entrevistados enfatizaram a importância o ato de questionar os estudantes com o objetivo de estimular o desenvolvimento das competências necessárias para a atuação profissional. Nenhum, porém, detalhou a forma como elabora e aplica as perguntas para os estudantes.

Em 1981, Ronald Edelstein analisou a atuação de preceptores no questionamento de estudantes e residentes. Edelstein classificou as perguntas desenvolvidas por preceptores em perguntas de primeira e segunda ordem. As perguntas de primeira ordem exigem raciocínio e as de segunda ordem exigem memória. Classificou as perguntas ainda em: perguntas para obter sinais clínicos,

perguntas para estimular a geração de hipóteses, perguntas para estimular a interpretação de sinais e perguntas voltadas para o tratamento. Na análise dos dados, pode-se perceber uma variação muito grande nas perguntas desenvolvidas por preceptores nos aspectos de primeira e segunda ordem. Os preceptores realizavam mais perguntas de segunda ordem. Na classificação mais detalhada, as perguntas relativas ao tratamento foram as que obtiveram maior coerência entre os preceptores. O estudo conclui sobre a importância do ensino para preceptores de estratégias pedagógicas centradas na resolução de problemas e sobre a discussão coletiva de casos enquanto metodologia para o ensino destas habilidades (EDELSTEIN, 1981)

A literatura destaca vários modelos de organização e discussão dos casos clínicos com estudantes. Os mais comuns são o *One Minute Preceptor* (OMP) e o *Eight-step-preceptor* (ESP). No artigo *Clinical Teacher Training*, Eugene Molodysky (2007) compara, através de uma revisão bibliográfica, o que ele chama de Modelo Tradicional de Discussão (MTD) com os modelos do OMP e ESP. No MTD o centro da discussão é o diagnóstico/conduita e não as necessidades de aprendizagem do discente, o que caracteriza o papel do estudante enquanto força de trabalho. De maneira geral, considera que no MTD o ensino é periférico, assim, o preceptor não conhece a compreensão do estudante sobre o problema e não consegue realizar o retorno ou *feedback* necessário à situação.

O OMP e o ESP estão centrados no estudante, reconhecendo as suas principais necessidades. Vários estudos têm se debruçado na comparação dos modelos e avançado na proposta de novos esquemas de questionamento (Quadro 4) (Quadro 5).

Quadro 4. Modelos de discussão de caso: Tradicional e o Preceptor em Um Minuto.

Modelo Tradicional	Preceptor em Um Minuto
<ol style="list-style-type: none"> 1. Atenção direcionada para assistência 2. Perguntas de segunda ordem 3. Pequenas exposições teóricas 4. Oferece pouco ou nenhum <i>feedback</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obter compromisso 2. Sondar evidência científica 3. Ensinar regras gerais 4. Reforçar os acertos 5. Corrigir os erros

Fonte: Ottolini, 2010, p100.

Quadro 5. Modelos de discussão de caso: Preceptor em Oito Passos.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar nível do estudante 2. Escutar sem interromper 3. Obter compromisso 4. Sondar evidência científica e raciocínio 5. Ensinar regras gerais 6. Reforçar os acertos e corrigir os erros 7. Identificar objetivos de aprendizagem 8. Clima de aprendizagem positivo

Fonte: Ottolini, 2010, p100.

Pesquisas têm demonstrado a melhor eficácia e eficiência do OMP quando comparado ao MTD. O artigo de Molodysky demonstra algumas situações como exemplo (Quadro 6).

Quadro 6. Exemplo de discussão utilizando o Preceptor em Um Minuto.

Habilidade 1	Obter compromisso	O que você acha que está acontecendo com o paciente? Qual pode ser o diagnóstico?
Habilidade 2	Sondar por evidências	O que o levou pensar desta forma?
Habilidade 3	Ensinar regras gerais	Se fosse impetigo ou foliculite, não haveria descamação.
Habilidade 4	Reforçar os acertos	Você considerou bem a idade do paciente?
Habilidade 6	Corrigir os erros	Você pode estar certo quanto ao impetigo, porém o uso de antibiótico por oito dias não será ideal se o diagnóstico estiver incorreto.

Fonte: Ottolini, 2010, p102.

Nenhum destes modelos, porém, consegue avançar para uma compreensão mais integrativa do estudante no aspecto biopsicossocial e espiritual do adoecer e a própria integração do usuário na rede de serviços na continuidade do cuidado. Perguntas como: “Qual o papel do adoecer neste momento da vida do usuário?” ou “O que representa para ele estar doente neste momento?” ou ainda “Como você se sentiu diante da história do usuário?” usualmente não são colocadas. Através destas perguntas, poder-se-ia propor um novo modelo para discussão de casos: Modelo Integrativo para Discussão de Casos (MIDC). Incluir-se-iam os avanços propostos pelo ESP com perguntas que abrangessem os aspectos da integralidade (Quadro 7) (OTTOLINI, 2010).

Quadro 7: Modelo Integrativo para Discussão de Casos (MIDC)

Passo 1	Escutar sem interromper o estudante
Passo 2	Perceber o nível do estudante
Passo 3	Responsabilizar
Passo 4	Questionar sobre seu próprio raciocínio
Passo 5	Ensino de questões gerais
Passo 6	Reforço de aspectos positivos
Passo 7	Questionar sobre o processo de adoecimento do usuário e sua representação simbólica
Passo 8	Questionar como o usuário integrar-se-á na rede de saúde local
Passo 9	Questionar como o estudante sentiu-se durante a produção do cuidado
Passo 10	Manter um clima positivo para o ensino-aprendizagem
Passo 11	Questionar quanto às necessidades de aprendizagem

Fonte: Barreto, Vitor Hugo Lima, Pesquisa para o Mestrado Medicina UNIFESP, 2012.

Poucos preceptores reconhecem as metodologias de discussão de caso. Será importante que estes formatos de discussão sejam incorporados em processos

de formação de preceptores para utilização no dia-a-dia dos estudantes. Fica cada vez mais evidente que, enquanto o estágio do estudante estiver focado em “tocar o serviço”, sua formação específica não será priorizada, e os preceptores não estarão estimulados a buscar conhecimento para aprimorar suas próprias competências pedagógicas.

Seguindo o mesmo raciocínio, pode-se refletir sobre o ensino da relação médico-paciente. Esta, em raras ocasiões, é foco de seminários ou discussões formais durante o internato. Preceptores consideram que os estudantes realizam, em diversos momentos, práticas com o enfoque na relação com o usuário e com sua família. Porém, assim como no aspecto do questionamento, não organizam esta aprendizagem de maneira estruturada, com o apoio de literatura da educação médica. Um estudo de Benbassat e Baumal (2004), da Brookdale Institute em Israel, abordou de forma bastante específica um dos aspectos mais importantes da relação médico-paciente: a empatia e seu ensino durante os estágios clínicos. Descrevem uma metodologia específica para o ensino da empatia para os estudantes na abordagem da pessoa em atendimento. Identificam a empatia na situação clínica como um processo de múltiplos passos, em que o reconhecimento pelo médico das preocupações e interesses do usuário produz um engajamento emocional e um desejo de poder ajudar. Os autores listam alguns passos para o reconhecimento adequado pelo estudante dos aspectos mais subjetivos da pessoa e dicas para construção de uma relação recíproca (Quadro 8).

Quadro 8. Método para promover a habilidade de elucidar os sentimentos, incômodos e preocupações dos pacientes.

<p>Garantir o máximo de privacidade. Escutar atentamente a história do paciente sem interromper por um tempo determinado. Estar atento para pistas verbais e não-verbais que representem o sentimento do paciente. Incentivar o paciente a falar não apenas dos sintomas, mas de sua família e sentimentos Perguntar qual o problema que mais o preocupa. Perguntar se o paciente tem alguma sugestão sobre seu cuidado. Perguntar como o paciente entende as causas do adoecimento. Encorajar o paciente a esclarecer qualquer dúvida sobre sua saúde.</p>

Fonte: Benbassat; Baumal, 2004, p.166.

O estudo demonstra uma possibilidade metodológica para um ensino apropriado da empatia com passos que poderão ser úteis para a avaliação do estudante na averiguação de aquisição da habilidade e, assim, um retorno apropriado para retificação ou ratificação do processo de ensino-aprendizagem. O desconhecimento desta e de outras metodologias por parte dos preceptores reforçam a necessidade de formação específica no que tange o trabalho de supervisão (BENBASSAT; BAUMAL, 2004).

A observação também foi outra metodologia bastante utilizada pelos preceptores (BARRETO *et al*, 2011). Percebe-se em suas falas, porém, que é mais frequenten a situação em que o estudante observa a atuação do preceptor do que o estudante sendo observado. Diversos estudos têm comprovado que a observação do estudante em plena atividade é bastante infrequente. Porém, os preceptores que o fazem também não ressaltam de forma mais detalhada como o fazem, se seguem alguma metodologia específica ou roteiro pormenorizado. A observação do estudante pode ser feita de três formas: através de uma gravação de vídeo, através de um encontro simulado ou através de um encontro com o paciente e observação direta do preceptor. Em algumas escolas se utiliza uma janela com um espelho falso por onde o preceptor ou professor observa o estudante sem que o usuário possa perceber. Estas, porém, são menos frequentes (HOWLEY; WILSON, 2004).

A utilização dos casos intitulados Massachussets, estado americano onde são desenvolvidos, também é bastante corrente, principalmente nas enfermarias dos rodízios de Clínica Médica. Os casos são publicados em uma revista de clínica médica dos Estados Unidos. As situações clínicas apresentadas são famosas por serem casos extremamente raros. Em 2006, Wofford e Singh, da Wake Forest University, estudaram a relevância da utilização de casos externos à realidade do serviço da faculdade de medicina. Os casos foram avaliados por estudantes sobre sua pertinência para o ensino-aprendizado e por professores com relação à coerência com o currículo da escola. Os resultados demonstram que os casos mais coerentes com a proposta curricular foram os que tiveram maior valor pedagógico para os estudantes. O estudo reflete sobre a importância da escolha de casos que sejam pertinentes ao contexto de ensino dos estudantes em estágios obrigatórios. Seria, assim, bastante propício, que os preceptores fossem orientados a se

apropriarem das DCN, do PPP e dos documentos produzidos para o internato, a fim de optar por casos coerentes com o que se espera da formação do profissional médico em Pernambuco.

Em um estudo produzido por Paul Worley *et al* (2004), da Flinders University, as conclusões apontaram para a importância das escolas médicas conhecerem as atividades desenvolvidas pelos preceptores com os estudantes no campo da prática. Ressaltou que em diferentes níveis assistências (primário, secundário e terciário) as atividades se modificam, inclusive variando o tempo de supervisão do estudante pelo preceptor. Os estágios em atenção primária seriam os que estudantes teriam mais tempo com seus supervisores, diminuindo progressivamente nos níveis secundário e terciário. Worley *et al* (2004) reconhecem que os acadêmicos poderão desenvolver competências específicas em cada um dos níveis. Não foi objeto de análise do presente estudo a comparação entre as atividades realizadas nos níveis assistências, o que poderia ser realizado em um segundo momento, ampliando também a quantidade de preceptores envolvidos na pesquisa. É importante enfatizar que as metodologias das atividades pedagógicas desenvolvidas por preceptor e estudantes poderão ser diferentes entre os níveis para o desenvolvimento das competências peculiares a cada um destes.

Outro aspecto fundamental do ensino em serviço, principalmente, é o do currículo informal e oculto. Este se relaciona ao processo de ensino-aprendizagem que ocorre em paralelo ao ensino formal, planejado pela instituição de ensino e pelo serviço. Os preceptores de maneira geral, durante as entrevistas, não abordam esta temática. Não relatam como o estudante aprende com o comportamento adequado ou inadequado de um ou outro preceptor e até mesmo com a forma como o processo de cuidado se dá dentro do serviço de saúde. Restringem-se a falar das atividades formais desenvolvidas durante o rodízio. Será que desconhecem os conceitos? Será que não se permitiram falar sobre o tema durante as entrevistas? O tema poderia compor uma nova categoria de análise, que orientaria uma releitura do banco de dados, a fim de perceber nas falas as pistas para o currículo informal e oculto. Nesta perspectiva, as atividades desenvolvidas pelos estudantes muitas vezes denominadas por estes como burocráticas, estariam no cerne deste programa paralelo de ensino. Destas atividades os estudantes terão um acesso mais próximo

ao usuário, como enfatizado pelos preceptores em algumas falas, porém também reconhecerão as práticas equivocadas do sistema de saúde.

Joseph Fins *et al* (2003), da Cornell University , desenvolveram uma metodologia para incluir o currículo oculto e paralelo no programa central da educação médica. Propuseram a observação ativa de um rodízio em cuidados paliativos durante duas semanas, antes da inserção integral do estudante ao serviço. Nestas duas semanas o estudante participa de discussões sobre as observações realizadas. As discussões focam nos aspectos do currículo paralelo, como comportamento dos profissionais, comunicação com usuário e família e do currículo oculto, com prática de gestão do cuidado do serviço hospitalar, entre outros. Em uma avaliação em curto prazo, Fins *et al* obtiveram uma boa repercussão sobre a formação dos estudantes que passaram pela experiência, podendo, assim, ampliar a prática para outros rodízios e serviços.

O currículo informal também estaria relacionado aos erros médicos, também pouco discutidos, apesar de não pouco frequentes. Newell e colaboradores (2008) estudaram, no internato de cirurgia da University of Columbia, o medo de errar dos estudantes e como se comportavam diante de eventual erro médico do preceptor e residente. Newell *et al* (2008) afirmam que o medo do erro médico está presente durante todo o rodízio e que os estudantes, em geral, não se pronunciam diante de erros eventuais de pessoas em função superior a sua. A temática, assim, faz parte de uma vivência não incluída nas discussões formais do internato, mas que certamente deverá ser.

As metodologias avaliativas de estágios clínicos têm sofrido diversas mudanças nas últimas décadas. Um levantamento sobre avaliação de estágios, realizado nas escolas médicas dos Estados Unidos, evidenciou um decréscimo na utilização de provas construídas pela própria instituição. Este foi acompanhado por um aumento na utilização de atendimento de situações clínicas padronizadas (OSCE) e dos exames elaborados pela Comissão Nacional de Avaliação Médica (NBME). Estas últimas têm composto, junto com a avaliação do preceptor, um tripé importante para o acompanhamento do desenvolvimento dos estudantes (LEE; WIMMERS, 2010).

As professoras Lee e Wimmers, da University College of Los Angeles, analisaram em seu estudo a validade das três metodologias citadas. Lee e Wimmers enfatizam que cada uma das metodologias foca em um dos três aspectos da educação médica: desempenho clínico, habilidades interpessoais e conhecimento clínico. Ressaltam a importância de uma avaliação multifacetada durante o estágio obrigatório, dada a complexidade do processo ensino-aprendizagem em ação.

No Internato da UFPE, 60% da nota do estudante em um rodízio é composta pela perspectiva do preceptor. Os resultados apontam, porém, para uma fragilidade do instrumento de avaliação que não orienta a preceptoria sobre como realizar esta ponderação. Diversos formatos surgem para avaliação da preceptoria: o residente avalia, o preceptor avalia, ambos avaliam juntos, a equipe toda avalia, avaliam junto com o estudante, etc. Em sua pesquisa, Lee e Wimmers demonstram que a avaliação realizada pelo preceptor através da observação do estudante durante o estágio, está principalmente centrada na performance clínica. Afirmam que os preceptores tendem a formar uma impressão geral do desempenho do estudante e avaliam todos os outros aspectos da aprendizagem a partir desta impressão. Alertam os preceptores para estarem atentos ao seu primeiro julgamento do estudante, para não deixar que uma impressão geral tenha um papel preponderante na avaliação final (LEE; WIMMERS, 2010).

Uma pesquisa na University of North Carolina analisou a frequência com que os estudantes eram observados individualmente na realização das atividades cotidianas durante os rodízios. Lisa Howley e William Wilson (2004), autores do estudo, comprovaram que os estudantes não eram observados na maior parte dos rodízios. Nos rodízios na atenção primária, a observação por docentes era mais frequente, enquanto que nos rodízios de cirurgia, menos. Howley e William concluíram sobre a necessidade da redução do valor da nota final do preceptor, caso não haja ações para mudança de comportamento dos supervisores.

Os 40% restantes são computados através de uma prova escrita. Com perguntas abertas e/ou fechadas tipo múltipla escolha, as provas são elaboradas pelos próprios preceptores. A maneira como os preceptores produzem as provas, é um aspecto importante para o estudo. Em uma pesquisa sobre provas desenvolvidas para avaliação do internato na área de emergência, Emily Senecal *et*

al (2010), da Havard Medical School , destacaram algumas limitações das avaliações desenvolvidas internamente por uma instituição: o pequeno número de estudantes submetidos, que compromete a confiabilidade das questões; pequeno número de profissionais para validar o conteúdo das questões; escolha inadequada de questões para os objetivos do rodízio; além da incompetência técnica para elaboração das questões. Senecal *et al* afirmam que o ideal seria que uma instituição nacional fosse responsável pela produção destas provas, garantindo uma maior confiança e validade das questões. Recomenda às instituições que necessitem produzi-las, o esforço em seguir as diretrizes publicadas sobre a elaboração de questões, além da avaliação constante dos aspectos dificuldade, confiança e validade. Os preceptores do Internato da UFPE envolvidos com a avaliação, não relataram como desenvolvem as questões ou se seguem a literatura sobre a temática. Este aspecto aponta para a necessidade de desenvolvimento pedagógico dos supervisores para tanto, ressaltando que este tipo de conteúdo não está presente na formação em educação dos preceptores.

Na Universidade Católica do Chile, Glória Sandoval *et al* (2010) analisaram a utilização de três metodologias avaliativas, em um estudo semelhante ao de Lee e Wimmers. Em sua análise, analisaram as metodologias avaliativas do rodízio de pediatria do internato: o OSCE, uma prova escrita e as Diretrizes de Observação da Prática Clínica Diária (DOPCD). Esta última consiste em um instrumento que ajuda o preceptor a realizar uma observação mais objetiva das atividades diárias do estudante, evitando o olhar julgador alertado por Lee. Sandoval conclui sobre a importância das múltiplas formas avaliativas, ressaltando seus potenciais e limitações.

Diversos outros modelos de avaliação têm sido elaborados nas escolas médicas em todo mundo. Caracterizam-se essencialmente pela co-responsabilização, autoavaliação, sem mérito classificatório, formativa, entre outros. Exemplos encontrados durante a revisão bibliográfica foram: a Avaliação por Empoderamento através de um Amigo Crítico (FETTERMAN, 2009); e a avaliação RIME (Reportar, Interpretar, Manejar e Educar) (ESPEY *et al*, 2007).

A formação pedagógica do preceptor pode representar um diferencial importante para o processo de ensino-aprendizagem durante o internato. Com os

resultados observados na análise das entrevistas, foi possível perceber que os preceptores com esta formação, são os mesmos que abordam, na sua fala, conceitos do âmbito da educação, além de produzirem, na sua prática, ações centradas nos estudantes, estas, porém, não exclusivas. Assim como na literatura mundial, poucos preceptores entrevistados tinham uma formação pedagógica específica. Uma variedade de formações surge nos discursos. Desde a pós-graduação *stricto* e *lato* sensu até cursos de capacitação pedagógica ou graduação em licenciatura. A repercussão de cada um dos modelos sobre a atuação dos preceptores poderia ser um tema a ser estudado posteriormente.

A Dra. Minerva Sotolongo *et al* (2006) da Faculdade de Ciências Médica de Cuba, ao estudarem esta temática, reforçaram os diversos formatos de formação pedagógica dos preceptores da atenção primária. Entre estes estavam: formação pedagógica durante a residência médica, pós-graduação em Pedagogia, curso de preparação de tutores e desenvolvimento autônomo. Os autores destacam a importância das competências acadêmicas (de conhecimento de sua área específica), competências didáticas e competências organizativas no desenvolvimento de uma preceptoría adequada. Durante as entrevistas, nenhum preceptor destacou esforços autônomos para seu desenvolvimento educacional, fora de ambientes institucionais. Suas competências foram desenvolvidas de maneira centralizada no domínio técnico, o que os impossibilita muitas vezes de reconhecer a importância dos conhecimentos e habilidades educacionais. Desta forma, despertar a curiosidade destes preceptores para a ciência da educação seria o primeiro passo na construção da educação permanente.

Ao refletir sobre a efetividade dos modelos encontrados nas entrevistas, pensar-se-ia em buscar na literatura as pesquisas relativas ao tema. Qual modelo teria os melhores resultados: o centrado no estudante ou no preceptor? Uma revisão de literatura por Kilminster e Jolly (2000), da University of Sheffield no Reino Unido, analisou pesquisas com o enfoque nas práticas mais efetivas dos preceptores. Apesar das dificuldades evidentes em encontrar estudos sobre o tema, a pesquisa dos autores concluiu que a relação entre preceptor e estudante é o fator isolado mais importante para uma supervisão efetiva, sendo mais importante que o próprio método de supervisão utilizado. Vários autores têm se debruçado sobre teorias

acerca do ensino com o enfoque na relação, porém estes não farão parte desta revisão. Parece importante que o preceptor tenha a possibilidade de transitar entre estas metodologias, adequando suas práticas aos estudantes, aos contextos, aos usuários, às relações e a si mesmo.

Uma transição tem acontecido de forma progressiva nas escolas médicas do mundo, de um modelo de ensino tradicional, centrado no professor, para um ensino centrado no estudante. Em 1996, a Associação de Professores de Medicina dos Estados Unidos (APS), publicou em sua revista uma série de artigos com uma ampla discussão sobre o internato (CURRY *et al*, 1996). Em um dos artigos intitulado “Estratégias de ensino centradas no aprendiz durante o internato”, descreve-se a fala de um estudante durante um de seus rodízios que representa bem a metodologia centrada no estudante: “Deverei aprender sobre este paciente por mim mesmo, formular hipóteses, buscar informações sobre o caso e propor uma intervenção? Ou deverei obter ajuda rápida dos especialistas?”.

Um dos princípios do modelo estaria representado pela frase: “self-education under guidance” (autoeducação guiada). Raymond Curry *et al* (1996), autores do artigo, alertam, porém, que a gestão do curso e o seu corpo docente deverão estar atentos para que realmente haja a supervisão. Ao contrário do que possa parecer, o papel do preceptor centrado no estudante demandará tanta disponibilidade quanto em outros modelos. Carl Rogers e Rachel Rosenberg (1997), ao descreverem o ensino centrado na pessoa, atribuíram ao educador três características atitudinais principais: veracidade, aceitação e empatia. Será, porém, que estas atitudes poderão ser desenvolvidas pelos preceptores? Será que um curso de desenvolvimento educacional seria o suficiente?

Na construção dos cenários de ensino-aprendizagem será necessário compor os objetivos dos estágios incluindo as expectativas dos estudantes; atuar na resolução de problemas em conjunto com a supervisão e *feedback* constante; disponibilizar desenvolvimento docente para os preceptores; proporcionar cenários de ensino que possibilitem o cumprimento dos objetivos de ensino; desenvolver a capacidade do estudante em acessar e criticar informação de forma rápida e eficiente; estimular o estudante a refletir em ato sobre suas ações e aprendizagem e realizar uma autoavaliação (CURRY *et al*, 1996).

Um dos fatores impeditivos para o ensino centrado no estudante, de maneira mais singular, é o tempo. Identificar as necessidades de cada estudante, planejar ações específicas e avaliar seus resultados demanda bastante tempo e energia por parte do preceptor. Na Harvard Medical School (HMS), Erik Alexander *et al* (2006) propuseram e avaliaram uma tecnologia do Ensino a distância (EAD) para apoiar o processo do ensino singularizado. Os estudantes são submetidos, semanalmente, durante o rodízio de clínica médica, a um pré e pós-teste. O pré-teste identifica as deficiências dos estudantes e o pós-teste avalia, em parte, as ações desenvolvidas para prover as necessidades específicas. Os autores obtiveram uma boa aceitação por parte dos estudantes e os pós-testes tiveram um maior índice de acertos, comparados aos pré-testes e a outros estudantes que não receberam uma intervenção específica de ensino. Concluem sobre a importância de utilizar as tecnologias de EAD para facilitar o ensino centrado no estudante, tornando o modelo mais rápido e eficiente. Não há uma avaliação, no estudo, sobre a aceitação e consumo de tempo por parte do docente ou preceptor, algo importante para a implementação da tecnologia em outros cenários

Na mesma perspectiva de tornar o ensino centrado no estudante mais eficiente, Steven Simon *et al* (2003), também da HMS, estudaram os fatores envolvidos na escolha de usuários para o atendimento de estudantes no cenário ambulatorial. Evidenciaram, através de entrevistas com preceptores, três fatores essenciais na decisão: a necessidade do estudante, a necessidade do paciente e a demanda do serviço. Tendo estes fatores em mente, o preceptor poderá gerenciar melhor o ensino centrado no estudante sem abrir mão de sua responsabilidade assistencial. Os estudos apresentados representam tecnologias a serem discutidas e desenvolvidas pela preceptoria, em espaços de formação continuada.

Os documentos que representam as propostas para cada um dos rodízios do Internato da UFPE, praticamente não descrevem uma metodologia pedagógica a ser seguida pelos preceptores nos diversos rodízios. Alguns citam a problematização como um recurso metodológico, porém não orientam os preceptores em como desenvolver este tipo de atividade. Os estudantes acabam por atuar de forma periférica nas atividades práticas e teóricas dos rodízios, deixando a

centralidade para os residentes e preceptores que definem as temáticas a serem estudadas.

Os documentos pouco descrevem as atitudes a serem desenvolvidas pelos estudantes durante o estágio. Não contemplam, assim, a perspectiva de competências enfatizadas nas DCN e no próprio PPP do curso de medicina da UFPE. Este deve ser um ponto a ser reanalisado pelos coordenadores de cada um dos rodízios.

A avaliação dos estudantes está centrada em um instrumento sem uma orientação adequada do preceptor, que acaba por realizá-la de maneira diversa e pouco estruturada. Será importante que o instrumento metodológico da avaliação possa esclarecer, de maneira mais pormenorizada, qual a conduta a ser tomada pelo preceptor na hora de avaliar o estudante. Apesar de alguns preceptores mencionarem um processo de avaliação formativa ou contínua, este aspecto não está institucionalizado no instrumento de avaliação. Isto permite que os preceptores atribuam uma nota aos estudantes sem necessariamente dar um retorno sobre seu desenvolvimento e necessidades futuras.

As informações contidas nas entrevistas com os preceptores revelam muitos aspectos da realidade da integração ensino-serviço. A metodologia, porém, poderá ser complementada com a observação direta das atividades de preceptoria nos serviços. Uma pesquisa realizada no Baylor College of Medicine em 2004 observou preceptores da atenção primária em plena atividade de supervisão de estudantes. Os preceptores desta escola americana, apesar de não terem o treinamento adequado, utilizavam recursos OMP e do ESP (HUANG *et al* 2004). Assim, os preceptores apresentam, através de sua história profissional e educacional, recursos importantes para o ensino prático. O desenvolvimento de competências específicas será necessário para aprimorar as atividades já exercidas.

6.3 Modelos de gestão das ações de ensino-aprendizagem no serviço

Como demonstrado através dos resultados obtidos, a perspectiva de gestão de ensino dos preceptores coordenadores está limitada à organização do encontro de estudantes com os supervisores, sejam estes residentes ou preceptores. O que acontece durante os encontros e o como, ainda não foram fonte

de detalhamento dos documentos relacionados ao internato. Apesar de existirem alguns rodízios com uma atuação diferenciada, apoiada pela docência universitária, a instituição acadêmica poderá investir em uma atuação mais homogênea e ampliada da gestão de ensino.

Prideaux *et al* (2000), da Flinders University (Austrália), enfatizaram as características fundamentais da preceptoria clínica, incluindo o aspecto gestor de ensino. Segundo os autores, o preceptor deve organizar o ensino de forma que o estudante aprenda a trabalhar em equipe, a gerir informações técnicas, a organizar adequadamente o tempo e supervisionar colegas. Os preceptores devem ainda dominar o currículo proposto pela instituição de ensino, além de esclarecer os estudantes sobre os objetivos de aprendizagem do rodízio, garantir uma variedade de pacientes para o ensino, melhorar o desempenho dos estudantes e modificar condutas práticas através de retorno constante aos estudantes.

A gestão do processo de ensino-aprendizagem pode ser evidenciada através das mudanças que ocorrem no processo de trabalho do serviço, a partir do momento em que os estudantes começam a se integrar no serviço. Cada adaptação que a equipe de saúde realiza para adequar o trabalho à atividade de ensino fortalece a integração ensino-serviço. Edelia Huerta (1996), da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, registrou as mudanças ocorridas na Unidade Pediátrica desde a entrada dos estudantes em conjunto com a academia. As modificações incluíram: qualificação da assistência, desenvolvimento de pesquisa científica e estímulo constante para educação permanente. Estudos futuros poderão detalhar, com mais ênfase, as alterações micro-estruturais do processo de trabalho que acontecem após a chegada do estudante.

A eficiência de um serviço de saúde que integre ensino e assistência tem sido fonte de diversos estudos quantitativos, que têm formulado metodologias específicas para este fim. Maria Estella Lobo *et al* (2009), da Universidade Federal do Rio de Janeiro, ao final de seu estudo sobre os Hospitais Universitários, recomendaram dobrar o número de estudantes da graduação e aumentar em 14% o número de residentes. Para os preceptores que encaram as enfermarias como superlotadas de médicos em formação, o dado parece ser absurdo. É importante,

porém, refletir sobre como estão organizadas as atividades dos estudantes e dos hospitais, para perceber a subutilização de espaço e de tempo.

6.4 Existência ou inexistência de comunicação e integração ensino serviço, participação da universidade e docentes nos serviços

Relembrando as subcategorias das entrevistas, os preceptores apresentaram aspectos que consideram serem importantes na relação com universidade, mas que não estão acontecendo: educação permanente, meios de comunicação diretos, avaliação dos serviços e preceptores e acompanhamento. Falaram de atividades que já ocorrem como eventos pontuais e atividades de planejamento em um dos rodízios. Apresentaram, também, uma lista de demandas que consideram importantes para estimular as atividades dos preceptores.

A revisão bibliográfica referente ao tema da categoria buscou aprofundar os conhecimentos sobre ações que de forma concreta consigam integrar os serviços com as universidades.

Um estudo realizado nos Estados Unidos, pela Escola de Medicina da Universidade da Pensilvânia, revisou a bibliografia acerca do papel de coordenador de estágios obrigatórios no país. Através dos levantamentos encontrados, Katherine Margo (2007) afirma que o apoio das escolas médicas aos coordenadores é baixo. Percebeu, ainda, que os preceptores coordenadores não dispunham do tempo necessário para o bom desempenho da função. Assim, sem tempo e sem apoio, a atividade do coordenador de estágio precisa ser valorizada e apoiada de forma concreta. A autora, porém, ressalta a necessidade de estudos que evidenciem quais as necessidades de apoio do preceptor.

Durante a presente pesquisa, a dificuldade em agendar as entrevistas com os preceptores, ressalta o envolvimento desses com diversas outras atividades assistenciais ou docentes, sejam no serviço público ou privado. Dentro de cada instituição/serviço que compõe o campo de práticas do internato, é difícil acreditar que algum, regulamente ou estabeleça uma carga horária específica para o preceptor e/ou coordenador. As atividades educativas estão inseridas na carga horária da função assistencial do preceptor, que em algumas situações não são cumpridas a risca pelo mesmo. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

reserva, para os profissionais em atuação neste nível assistencial, uma carga horária de oito horas semanais, para dedicação às atividades de preceptoria e envolvimento com as instituições de ensino (BRASIL, 2011). A política representa um marco para a constituição do Sistema Único de Saúde integrado com a formação dos profissionais. Será importante a ampliação da proposta da PNAB para outras políticas de saúde e níveis assistências, respaldando de forma concreta a atuação de preceptores e preceptores coordenadores de estágio.

John Spencer, do Reino Unido, em um editorial da revista *Medical Education* de 2003, reconhece as mesmas dificuldades enfrentadas pelas escolas médicas neste país. Spencer apresenta referências bibliográficas que rediscutem a relação entre o sistema de saúde inglês e as escolas. Coloca em pauta que 70% do ensino prático da graduação médica acontece fora do ambiente universitário. Além do mais, assim como no Brasil, as universidades são constantemente incentivadas a priorizar a pós-graduação e a pesquisa, através dos financiamentos governamentais ou não governamentais. Spencer questiona se o ensino médico não deveria estar sob a tutela do próprio sistema de saúde inglês, o Serviço Nacional de Saúde (NHS). Assim, o próprio NHS estaria responsável pela gestão e valorização do trabalho dos preceptores enquanto educadores.

É interessante poder refletir através dos dois modelos apresentados acima. O modelo de sistema do Reino Unido estaria mais próximo do sistema brasileiro: a proposta de um serviço público universal. Nos Estados Unidos, a discussão de preceptoria está centrada nos serviços de saúde vinculados diretamente às universidades. Desta forma, a discussão inglesa se torna mais próxima da realidade do Brasil e a complexidade da relação do sistema educacional com o sistema de saúde.

Vários estudos têm reforçado as falas dos preceptores entrevistados com relação ao aspecto educação permanente. Na Baylor College of Medicine (EUA), Huang (2004) analisou a capacidade dos preceptores de aplicação do método de discussão de caso OMP sem o devido treinamento. Huang conclui sobre a necessidade imprescindível de programas de desenvolvimento de preceptoria. David Stern (2000) estudou a repercussão das competências pedagógicas dos preceptores no aprendizado dos estudantes. Stern comparou a classificação dos preceptores em

competências pedagógicas, com uma avaliação do desenvolvimento dos estudantes. Ele conclui que o desenvolvimento pedagógico dos preceptores tem uma repercussão direta no aprendizado dos estudantes, entre outros fatores.

Em um estudo realizado com preceptores da atenção básica da cidade do Rio de Janeiro, Trajman *et al* (2009) aplicaram um questionário a 361 profissionais. Entre os resultados apontados estavam a demanda por uma maior integração entre a instituição de ensino e os serviços e uma maior valorização da preceptoria por parte do Estado, no caso a gestão da saúde. O mesmo foi afirmado por Baker, da Universidade da Tasmânia na Alteraria, em um levantamento com preceptores em área rural realizado em 2002, Austrália.

Atualmente, na UFPE, apenas o rodízio de Pediatria realiza uma avaliação feita pelos próprios estudantes sobre preceptores e serviços, porém não de forma sistemática. A coordenação do rodízio é responsável por repassar as informações para os preceptores. Nenhum dos estágios dispõe de um instrumento de avaliação dos serviços, que proporcione um retorno ao desempenho pedagógico dos preceptores. Na Faculdade de Medicina de Nantes, França, Ploteau *et al* (2007) implementaram um instrumento de avaliação de um rodízio de ginecologia e obstetrícia através de um questionário. Os estudantes participaram ativamente da experiência, contribuindo com a avaliação do serviço. Ploteau *et al.* ressaltaram a importância da utilização da avaliação para a concretização de mudanças no desempenho dos preceptores e serviço.

Entre os benefícios solicitados pelos preceptores está o aspecto financeiro. Atualmente, alguns poucos planos de cargos e carreiras prevêem uma bonificação financeira para o profissional que assume o papel de preceptor. Peters *et al* (2007), da Escola Médica de Harvard, estudaram a repercussão de um pagamento específico para a função de preceptoria. Peters *et al* (2007) avaliaram a permanência dos preceptores relacionada a valores de pagamentos diferenciados em diversos anos. Concluíram que o pagamento está diretamente relacionado à permanência do profissional na função de preceptor, apesar de não ser o principal motivador para participar da atividade, segundo as entrevistas realizadas. O primeiro motivador é a satisfação com a atividade e em segundo lugar o relacionamento com estudantes dedicados. Neste estudo, os preceptores eram pagos cerca de US\$900

em 2003 e US\$2600 em 2004. Algumas experiências no Brasil como o Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde) têm experimentado o pagamento de preceptores, através de bolsas. Os resultados deverão ser avaliados pelos órgãos fomentadores. Nesta experiência, nem todos os preceptores recebem a bolsa, o que, por vezes, é um fator gerador de conflitos nas equipes multiprofissionais.

Além do incentivo financeiro, universidades têm ampliado o leque de estímulos para a atividade de preceptoria. No Canadá, os incentivos incluem: educação permanente, visita do corpo docente, eventos especiais de reconhecimento e cartas de apreciação. Estes são alguns exemplos que poderão ser utilizados nas universidades brasileiras (KUMAR *et al*, 1999).

Outro aspecto da integração ensino-serviço é a relação entre as unidades do sistema de saúde e o Hospital Universitário (HU). Preceptores afirmam a necessidade de referenciar pacientes para o HU, além de conhecer os serviços disponíveis e as tecnologias e técnicas em desenvolvimento. Atualmente, o HU da UFPE não está articulado ao SUS municipal ou estadual, mantendo uma marcação própria em resposta à demanda espontânea dos usuários. Uma experiência diferenciada é vivenciada pelo HU da Universidade Federal de Minas Gerais. Carmo relatou em 2004 a experiência do HU-UFMG e sua relação com a rede municipal de saúde. Através de entrevistas com os profissionais do HU, Carmo reconhece as dificuldades e resistências iniciais ao processo, mas a avaliação final foi positiva. O agendamento dos serviços de atenção terciária e quaternária do HU passou a compor a central de regulação municipal e estadual, entre outras diversas medidas. Este é um dos aspectos políticos sobre os quais a coordenação do curso de medicina e a coordenação do internato deverão se debruçar para refletir e negociar com a direção do HU-UFPE.

Atualmente na UFPE, os professores envolvidos com o internato desempenham as atividades docentes exclusivamente dentro da universidade. Os vinculados ao HU-UFPE desempenham atividades assistenciais vinculadas às suas atividades enquanto professor. Poucos professores desempenham atividades em serviços externos das redes municipais ou estaduais, onde os estudantes realizam os estágios. Ainda assim, a articulação entre o próprio HU e os cursos de graduação da mesma instituição revela-se complicada. Em um estudo realizado na

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Olshowsky e Silva (2000) descrevem os conflitos existentes entre docentes e profissionais da assistência. O estudo não abarca a perspectiva da gestão pedagógica do ensino da graduação nos serviços, deixando de lado um aspecto importante da relação entre professores e técnicos da instituição. A integração dos hospitais universitários às redes assistenciais é um problema antigo, sendo tema de diversos eventos inclusive da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), como bem relatado por Amador Neghme em um dos boletins de relatoria das oficinas da organização, em 1970.

Ainda na UFPE, os professores que desempenham atividades de integração ensino-serviço extramuros estão envolvidos principalmente com o planejamento de ensino, essencialmente nos rodízios de saúde coletiva e pediatria. A bibliografia sobre o tema aponta para a participação docente nos serviços externos das seguintes formas: assistência, planejamento e organização de atividades dos estudantes, supervisão dos estudantes, discussão de casos com preceptores e *feedback* à própria atuação pedagógica dos preceptores (CAETANO *et al*, 2009).

Alguns modelos de *feedback* ao preceptor vêm sendo desenvolvidos. Estes teriam atuação do docente junto ao preceptor para um ensino centrado neste. O RAFT foi desenvolvido e avaliado na Universidade de Kansas, nos Estados Unidos. A sigla RAFT significa: Rapport-building (vinculação), Assessment (avaliação), Focused preceptor development (desenvolvimento focado no preceptor), Thanks/Trinkets (agradecimento). Scott Moser *et al* (2004) avaliaram as visitas docentes utilizando o RAFT. Entrevistaram preceptores em áreas urbanas e rurais. De maneira geral, os preceptores consideraram muito válidas as contribuições dos docentes para suas atuações pedagógicas. Os maiores desafios para o método são: conseguir o tempo disponível por parte dos docentes e agendar um bom momento em unidades distantes. A metodologia demonstrou-se dispendiosa financeiramente, porém com bons resultados na formação de preceptores, principalmente os que não têm uma boa adesão aos encontros presenciais. Outra experiência semelhante foi estudada em Saskatchewan, no Saskatchewan Institute of Applied Science and Technology no Canada (BASSENDOWSKI, 2010). A abordagem foi bem avaliada pelos preceptores, porém não foram avaliados os impactos sobre os estudantes.

Diversas são as experiências de contribuição das universidades para os serviços. Entre estas estão: cursos de desenvolvimento técnico e pedagógico, contribuição com materiais hospitalares, compra de livros, realização de eventos em conjunto com o serviço, publicações de manuais, como detalhado na Introdução. A quantidade de manuais encontrados durante a etapa de revisão bibliográfica foi enorme. Para a análise deste material caberia um estudo específico, até mesmo para apoiar a produção de uma publicação específica para o curso de medicina da UFPE.

As demandas dos preceptores envolvidos na graduação dos cursos de fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem, odontologia e educação física da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) estão coerentes com as apresentadas pela presente pesquisa. Caetano entrevistou em 2008 vinte preceptores das áreas referidas. Os mesmos demandaram, além de cursos, discussões de casos com os profissionais do serviço e reuniões. É interessante perceber que as diversas graduações da saúde estão vivenciando o mesmo momento da medicina, ampliando cenários de prática e incorporando atores ao processo de ensino-aprendizagem (CAETANO *et al*, 2009). A mesma temática em outras graduações não foi o enfoque da revisão bibliográfica do presente estudo, que se deteve sobre as pesquisas e os documentos voltados para o ensino médico. A bibliografia não corresponde a uma quantidade vasta, porém é o suficiente para a dedicação necessária para a produção do presente estudo em seu recorte da realidade.

As ações de integração também têm incluído os recursos da informática como lista de *email*, grupos de discussão de ensino-aprendizagem da clínica, DVDs e CD-ROMS sobre competências do ensino da clínica, além do apoio para lidar com estes formatos de tecnologia. Bramson *et al* (2007), da Texas University, avaliaram a utilização destes recursos em um programa obrigatório de desenvolvimento de preceptoria. Em comparação com os métodos tradicionais de educação permanente, a utilização de recursos da educação à distância obteve uma adesão maior por parte dos preceptores. Os autores demonstram a importância de desenvolver programas de educação permanente, mas também de avaliá-los. Eckstrom (2006) avaliou a repercussão de uma formação em OMP na Universidade de Oregon, Estados Unidos. O estudo demonstrou a repercussão da formação através da perspectiva

dos preceptores e estudantes. Ambos os grupos concordaram que houve melhoria do desempenho no ensino clínico. Eckstrom enfatiza a importância da avaliação do desempenho dos estudantes como parte da avaliação dos programas de educação continuada dos preceptores.

As colocações dos preceptores estão coerentes com a bibliografia pesquisada. Esta apresenta ainda diversas experiências avaliadas de integração ensino-serviço, que poderão ser estudadas e adaptadas à realidade local. A categoria analisada gera uma credibilidade ainda maior do presente estudo, dada à coerência justificada.

As demais categorias de análise estão em concordância com a vasta bibliografia sobre a atuação de preceptores na graduação. Estas incluem: benefícios e malefícios da relação com estudantes; adequação e inadequação dos serviços ao ensino e sentimentos para com a atuação enquanto educador.

Os benefícios de atuar enquanto preceptor estão bem descritos na literatura sobre o ensino profissional. Omansky, em 2010 no Hospital Wellesley no EUA, evidenciou benefícios intrínsecos da atuação dos supervisores de estágio. Entre os benefícios descritos estavam: o crescimento pessoal e profissional, a expansão de habilidades profissionais poder ajudar os estudantes em seu desenvolvimento. Para Shannon e colaboradores (2006), os preceptores de áreas rurais da Austrália relataram ter prazer em desenvolver as atividades de ensino, a possibilidade de educação permanente, a possibilidade de divulgar sua profissão e um processo constante de autoavaliação. Estes são achados compatíveis com os resultados do presente estudo. Demonstra a capacidade da pesquisa local poder falar de aspectos que podem ser expandidos para outras realidades.

Os malefícios encontrados por Omansky (2012) e Shannon e colaboradores (2006) também estavam correlacionados com a carga excessiva de trabalho associado ao ensino. Não consideraram, porém, aspectos relativos à relação preceptor-estudante, quando estas se tornam problemáticas, como por exemplo quando o preceptor percebe que estudante está desmotivado. Outra situação que surgiu na presente pesquisa foi a dificuldade com o recomeço

constante das turmas e assim a repetição do processo de facilitação a cada dois meses (tempo de duração do rodízio).

A categoria adequação ou inadequação dos serviços representa um verdadeiro muro das lamentações para os preceptores. Praticamente todos se referem às dificuldades encontradas na estrutura das unidades de serviço público. Shimizu estudou a preceptoria em Ribeirão Preto no ano de 1999. Evidenciou as dificuldades estruturais do serviços de saúde para receberem os estudantes, seja no aspecto recursos humano quanto nos recursos materiais. O mesmo foi evidenciado por Trajman *et al*, em 2009 no Rio de Janeiro. O problema pode se tornar incontornável caso os preceptores não consigam desenvolver a criatividade e motivação para desenvolver suas atividades assistenciais e de ensino apesar das dificuldades, enfatizando uma competência atitudinal próxima a de resiliência.

Vários preceptores apontaram os cursos pré-prova de residência como um problema para o ensino prático. É interessante apontar os achados de Silva e colaboradores (2011) em Brasília, que estudaram a visão dos estudantes sobre estes cursinhos. A maioria considera que os cursos preparatório não atrapalham o internato e que aqueles são mais responsáveis pela aprovação no concurso da residência do que o próprio ensino prático. Já Santos evidenciou em 2009 que os estudantes que tiveram dois anos de internato tinham melhores resultados nas provas práticas de residência do que os que tinham um período de internato inferior a um ano. Assim, o desempenho do estudante vai depender também do modelo de prova de residência. Esta temática poderá ser fonte de um estudo mais aprofundado.

Entre os facilitadores apresentados pelos preceptores entrevistados, está uma temática que não foi encontrada nos estudos da revisão. A capacidade de integrar o estudante ao serviço com responsabilidades definidas poderá eventualmente agregar qualidade e resolutividade à equipe de saúde. Este tema traz novamente à tona a questão da gestão do ensino em serviço. Tema que também deverá ser aprofundado em outros estudos.

A categoria relacionada aos sentimentos dos preceptores enquanto educadores também é bastante homogênea com a literatura global. Em geral, os

preceptores sentem-se orgulhosos de poderem contribuir com a formação de futuros profissionais. Sentem-se ainda gratificados por poderem retribuir o que receberam, quando estudantes, de outros profissionais. Acrescentam um sentimento de obrigação em ensinar o que aprenderam. Spencer, em 2003 na Grã-Bretanha, reforça os sentimentos descrito pelos preceptores entrevistados. Enfatiza ainda a crescente responsabilidade destes profissionais sobre a formação médica na graduação e pós-graduação devido à ampliação dos campos de prática.

As categorias discutidas acima representam de forma bastante clara a legitimidade do estudo e sua coerência com achados de diversos autores no Brasil e no mundo.

7 CONCLUSÕES

O internato do curso de graduação em medicina é um momento crucial na formação do estudante. A inserção do acadêmico na realidade do sistema de saúde brasileiro é um momento único, que contribuirá de forma decisiva para a compreensão do processo saúde-doença e do papel que exercerá na vida profissional. Diversas pesquisas no campo da educação na saúde têm estudado e contribuído para o aprimoramento do internato. Instituições como a ABEM têm dedicado tempo e criado espaços para refletir de forma participativa sobre o estágio obrigatório e pretende futuramente propor diretrizes específicas para o internato médico.

A pesquisa desenvolvida teve por objetivo conhecer o processo de ensino-aprendizagem nos serviços de saúde da rede que integra o internato e a coerência com os objetivos de aprendizagem propostos pela instituição de ensino e pelas DCN. Com um enfoque no preceptor de serviço, em especial os que assumem um papel de coordenador local dos estudantes, a pesquisa aprofundou os conhecimentos sobre a atuação deste educador.

Quatro categorias se destacaram no processo de análise dos dados, aproximando a realidade vivenciada por estudantes e preceptores do conhecimento da pedagogia, especificamente da educação médica: expectativas dos preceptores; modelos de ensino-aprendizagem; gestão do processo de ensino e integração entre a instituição de ensino e o serviço.

Os preceptores entrevistados apresentaram expectativas bem definidas para os estudantes. Dentre estas expectativas, algumas demonstravam coerência e outras não com os documentos que norteiam o ensino médico, como as DCN, o PPP do curso de medicina da UFPE e os próprios documentos referentes a cada uma das cinco grandes áreas do internato. A incoerência entre as expectativas de todos os atores em cena durante o estágio obrigatório tem repercussões importantes no processo de formação médica. De maneira geral, os documentos destacados anteriormente não levaram em consideração a expectativa dos preceptores; também não houve espaços institucionais suficientes para que os preceptores

reconhecessem as expectativas institucionais. Alguns documentos destacaram objetivos ou instrumentos de avaliação construídos de forma participativa com preceptores, porém foram experiências ainda isoladas. O modelo de ensino-aprendizagem e as metodologias de ensino são recursos estratégicos que, se compartilhados e elaborados de forma coletiva, poderão integrar as demandas de estudantes, preceptores e docentes.

Os relatos dos preceptores revelaram diversas metodologias de ensino e de avaliação. Estas apoiaram a análise na diferenciação de modelos de ensino vigentes durante o internato. Pôde-se perceber o modelo centrado no preceptor e o centrado no estudante. Entre os preceptores que apresentaram modelos de ensino centrados no estudante, estavam aqueles que possuíam formação específica na área de educação de profissionais de saúde, desde capacitações até pós-graduações *lato e stricto sensu*. Os projetos pedagógicos do internato, em geral, não descrevem um modelo de ensino ou mesmo metodologias a serem implementadas pelos preceptores, apesar das DCN e do PPP do curso proporem uma perspectiva crítico-reflexiva de ensino.

Existem diversas metodologias de ensino e de avaliação apresentadas na discussão de resultados que poderão facilitar o ensino-aprendizado de preceptores e estudantes em uma perspectiva problematizadora. Estas metodologias estão sendo avaliadas através de pesquisas na área de educação médica e podem ser utilizadas com segurança para referendar a atuação do supervisor de estágio. Cabe à instituição de ensino considerar estas metodologias, incluí-las nos documentos institucionais e apoiar a apropriação dos preceptores, desenvolvendo ainda avaliações criteriosas através de pesquisas científicas na área da educação médica.

A gestão do ensino em serviço desenvolvida pelos preceptores está restrita às atividades de organização do encontro entre estudantes e supervisores, sejam os próprios preceptores ou residentes. O que acontece nos encontros propriamente ditos tem sido alvo de pouca reflexão e ação. Os documentos institucionais abordam, de maneira simplista, a coordenação do processo de ensino-aprendizagem. Poucos documentos descrevem aspectos como número de pacientes por estudante, horário de chegada e saída, entre outros pré-requisitos. A tarefa, porém, exige bem mais de preceptores e docentes. Alguns rodízios têm

desenvolvido planejamentos participativos com preceptores, nos quais eles elaboram uma perspectiva total do rodízio e sua inserção na graduação médica e refletem sobre sua atuação educadora. A gestão do ensino pode ser percebida, facilmente, pelas adaptações ou modificações realizadas no processo de trabalho das equipes de saúde, para integrar os estudantes. Estudos demonstram ainda a subutilização e baixa eficiência hospitalar na relação ensino-assistencial. Estas modificações poderão ser fonte de novos estudos que analisarão como os serviços se adequam ao estudante. Será que as mudanças são pertinentes? Se sim, para quem? Preceptor? Usuário? Estudante? Que fatores influenciam nestas adequações?

As ações de integração ensino-serviço ainda são bastante escassas. Apesar de haver uma diversidade enorme de atividades possíveis na literatura mundial, poucos são os rodízios que executam na prática estas ações. A fala dos preceptores denuncia uma demanda por uma melhor comunicação, por uma avaliação com retorno de suas atividades educativas, por educação permanente, além de motivações específicas como remuneração, incentivos para participação em eventos científicos, etc. Alguns rodízios já têm ampliado a comunicação com os serviços através de telefone e listas de *email*. Outros, porém, seguem sem um contato continuado com os serviços, só se comunicando quando da necessidade de envio do estudante. Esta comunicação é essencial para a confluência de expectativas, apropriação de modelo de ensino e metodologias avaliativas, fazendo do preceptor um verdadeiro gestor de ensino no seu serviço.

Assim, com o reconhecimento da crescente importância da integração ensino-serviço e da atuação do preceptor na formação médica, mecanismos de valorização devem ser pensados e instituídos na esfera das políticas públicas, das políticas das instituições de ensino e das políticas de gestões locais, como as secretarias estaduais e municipais. Os serviços deverão ser avaliados e receber um retorno formal de sua atuação educadora para aprimoramento gradual. A integração dos Hospitais Universitários é ponto crucial desta rede de incentivos aos serviços municipais e estaduais envolvidos no ensino médico.

O presente estudo se destaca por priorizar a fala do preceptor na complexa trama que envolve a educação médica na nossa atualidade. Outras vozes,

porém, precisam ser também escutadas. Estudantes, professores, gestores e usuários têm muito a contribuir para uma compreensão mais completa do ensino na rede assistencial de saúde.

Os instrumentos pedagógicos propostos pelos estudos deverão ser avaliados em projetos de pesquisas em futuro próximo, tanto o instrumento relativo aos modelos de *feedback* dado pelos preceptores, quanto o modelo integrativo de discussão de casos.

Muitas ações poderão ser desencadeadas através de pesquisas que aprofundem o conhecimento acerca da graduação médica. Cabe a todos os participantes do processo, a apropriação para a ação.

O presente estudos terá repercussões importantes na prática educativa do autor em sua capacidade de integrar o ensino e serviço, seja enquanto docente ou preceptor.

8 ANEXOS

Anexo I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

COMITÊ DE ÉTICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa:

O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NOS CENÁRIOS DE PRÁTICAS DO INTERNATO DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Pesquisador responsável: Vitor Hugo Lima Barreto

Endereço: Av. Prof. Moraes de Rego, nº1236, 1º andar no prédio do Departamento de Medicina Social – Centro de Ciências da Saúde/UFPE, Cidade Universitária – Recife-PE. Telefone: 2126-8760 / 94197127. Email: barretovitor@hotmail.com

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisas em Humanos do CCS/UFPE: Av. Prof. Moraes de Rego, nº1236, terceiro andar no prédio da Direção do Centro de Ciências da saúde/UFPE, Cidade Universitária – Recife-PE. **Telefone:** (81) 2126-8688; **Email:** cepccs@ufpe.br

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisas em Humanos da Unifesp: Rua Botucatu, 672 - 1º andar conj. 14, Vila Clementino, São Paulo –SP. Telefone 66 (11) 6671-1062. Horário de atendimento: das 9:00 as 16:00as - e:mail cepunifesp@unifesp.br

Você está sendo convidado a participar deste estudo, cujo objetivo é conhecer os cenários de práticas do internato do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco. Os resultados poderão ser publicados em congressos, anais e revistas.

Em conformidade com a resolução 196/96, serão respeitados os princípios da bioética na pesquisa com seres humanos, comprometendo-se

assegurar o sigilo e privacidade dos resultados obtidos, não acarretando nenhum tipo de dano aos participantes.

O estudo é descritivo, de natureza qualitativa, em um corte transversal. Serão realizadas entrevistas através de roteiros semi-estruturados com os preceptores coordenadores dos serviços. As entrevistas serão agendadas através de contato telefônico com os preceptores em horário de disponibilidade do próprio entrevistado. As entrevistas serão gravadas em áudio digital e serão transcritas posteriormente para análise. Os arquivos serão armazenados no computador do pesquisador responsável, estando o acesso ao mesmo restrito por uma senha intransferível.

Como benefício do estudo, os voluntários serão escutados sobre sua prática diária, podendo criticar e sugerir; receberão o projeto da pesquisa com artigos pertinentes sobre o assunto, além dos resultados e conclusões produzidos a partir do mesmo. O estudo poderá subsidiar as atividades de integração docente-assistencial, a fim de aprimorar a relação.

Quanto aos riscos pertinentes ao estudo, o voluntário poderá se sentir constrangido no momento da entrevista semi-estruturada com gravação em áudio digital, podendo ser considerado risco mínimo, pois suas informações serão preservadas em sigilo e a sua identidade será mantida desconhecida.

Sua participação é voluntária, sendo-lhe facultado o direito de participar ou não da pesquisa e de desistir a qualquer momento de participar. O estudo não lhe trará nenhuma despesa, porém não receberá nenhum benefício financeiro.

O estudo poderá ser divulgado em eventos ou publicações científicas, porém, nunca reveladas as identidades de seus participantes.

Você leu e entendeu as informações acima descritas e concorda livremente em participar do estudo em questão.

Recife, de de 2011.

Assinatura

do

entrevistado

Assinatura

do

pesquisador

Testemunha 1

Testemunha 2

Anexo 2

Roteiro semi-estruturado de entrevista com preceptores coordenadores.

Como você se tornou preceptor? Quais os fatores estimulantes e desestimulantes?

Quais as suas expectativas relacionadas ao ensino-aprendizagem do estudante do internato?

Quais atividades teóricas são desenvolvidas durante o rodízio do internato? Como os temas são desenvolvidos?

Quais atividades práticas são desenvolvidas durante o rodízio? Como as atividades são desenvolvidas?


Quais as suas expectativas relacionadas ao papel da instituição de ensino?

Como acontece a avaliação do estudante?

Algum tema específico, comentário ou sugestão que você gostaria de discutir?

Anexo 3

Aprovação no Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco:


SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 572/2011 - CEP/CCS Recife, 31 de agosto de 2011
Registro do SISNEP FR - 421262
CAAE - 0180.0.172.000-11
Registro CEP/CCS/UFPE N.º 211/11
Título: O processo de Ensino-Aprendizagem nos cenários de Práticas do Internato do curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco.
Pesquisador Responsável: Vítor Hugo Lima Barreto

Senhor (a) Pesquisador (a):

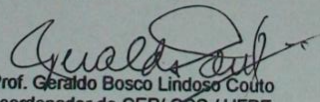
Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 30 de agosto de 2011.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente



Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

Ao
Dr. Vítor Hugo Lima Barreto
Departamento de Medicina Social - CCS/UFPE

Av. da Engenharia, s/n - 1.º Andar, Cid. Universitária, CEP 50740-800, Recife - PE, Tel/fax: 81 2126 8588;
www.ufpe.br/ccs; e-mail: cepccs@ufpe.br

Anexo 4

Carta de anuência da Coordenação do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco

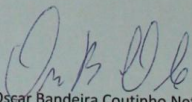


SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Oscar Bandeira Coutinho Neto, Professor do Departamento de Medicina Social, do CCS da UFPE, Coordenador do Curso de Medicina, informo ao Comitê de ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos que: estou ciente dos objetivos, da metodologia, dos riscos e dos benefícios para os estudantes, docentes e demais participantes, além dos benefícios para o curso de Graduação em Medicina referente à pesquisa *O Processo de Ensino-Aprendizagem nos Cenários do Internato do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco* e concordo com a realização da referida pesquisa nesta Coordenação.

Recife, 27 de abril de 2011




Prof. Oscar Bandeira Coutinho Neto

Prof. Oscar Bandeira Coutinho Neto
Coordenador do Curso de
Medicina UFPE
Matrícula: 1130447

Anexo 6

Aprovação no Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo:

 **UNIFESP**
Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 23 de setembro de 2011
CEP Nº: 1210/11

Ilmo(a) Sr(a)
Pesquisador(a) VITOR HUGO LIMA BARRETO
Disciplina/Departamento: CEDESS
Pesquisadores associados: Mano Alfredo de Marco (orientador)

**Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo**

TÍTULO DO ESTUDO: O processo de ensino-aprendizagem nos cenários de práticas do internato do curso de medicina da Universidade Federal de Pernambuco :

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Observacional
RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Risco mínimo, sem procedimento invasivo
OBJETIVO DO ESTUDO: Conhecer o processo de ensino-aprendizagem em serviços de saúde e sua coerência com os objetivos de aprendizagem propostos pela instituição de ensino para o internato do curso de medicina.

RESUMO: Trata-se de um levantamento descritivo, de natureza qualitativa, em um corte transversal. Serão realizadas entrevistas através de roteiros semi-estruturados com os preceptores coordenadores dos serviços através de uma amostra criteriosa. Os instrumentos abordarão as competências desenvolvidas por preceptores e estudantes durante o período do rodízio, como atores principais dos estágios, excluindo neste momento professores e gestores. A população de preceptores dos serviços de saúde estadual e municipal é bastante ampla e distribuída por toda a Grande Recife. Serão consideradas no estudo as cinco áreas básicas do Internato (Saúde Coletiva, Clínica Médica, Cirurgia, Gineco-obstétrica e Pediatria) e os serviços nos quais o maior número de estudantes realiza suas práticas. Os preceptores convidados para a pesquisa estão diretamente envolvidos na coordenação do internato dentro do serviço de saúde. Os serviços considerados serão: Hospital das Clínicas, Hospital da Restauração, Hospital Getúlio Vargas, Hospital Otávio de Freitas, Hospital Barão de Lucena, Hospital Agamenon Magalhães, Unidades de Saúde da Família do Recife (em número de dez unidades) e os ambientes da gestão do Recife, Olinda e Camaragibe (em número de cinco). O estudo também considerará como preceptores, residentes lotados nestes mesmos serviços, envolvidos diretamente com os estudantes, principalmente nos serviços em que os primeiros protagonizam o acolhimento do estudante no lugar do "preceptor oficial". Para coleta de dados será utilizado um roteiro semi-estruturado para os preceptores coordenadores de serviços.

MATERIAL E MÉTODO: Estão descritos os procedimentos do estudo, apresentando o roteiro da entrevista a ser utilizado na coleta de dados. O CEP aguarda aprovação Final do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.

TCLE: Apresentada dequadamente

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo

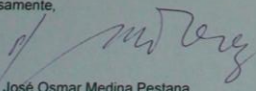
CRONOGRAMA DO ESTUDO: 10 meses

PRIMEIROS RELATÓRIOS PARCIAIS PREVISTOS PARA : 17/9/2012 e 12/9/2013

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo ANALISOU e APROVOU o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,



Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Página 1 de 1
Rua Botucatu, 572 - 1o andar - CEP 04023-062 - São Paulo/Brasil
CEP N 1210/11

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Aguwa MI, Monson CL, Liechty DK, *et al.* Supporting and promoting osteopathic Medicine through community-based family practice preceptorships: A survey-based study. *J Am Osteopath Assoc.* 2008 October;108: 606-14.
2. Alexander EK, Bloom N, Falchuk, *et al.* Using a Web-Based, Iterative Education Model to Enhance Clinical Clerkships. *Academic Medicine.* 2006 October; 81(10):925-31.
3. Baker PG, Dalton L, Walker J. Rural general practitioners preceptors - how can effective undergraduate teaching be supported or improved? *Rural and Remote Health.* 2003 Jan-Jun;3(1):107.
4. Barker ER, Pittman O. Becoming a super preceptor: A practical guide to preceptorship in today's clinical climate. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.* 2010 Mar;22(3):144-9.
5. Bassendowski S, Layne J, Lee L, *et al.* Supporting Clinical Preceptors with Interprofessional Orientation Sessions. *Journal of Allied Health.* 2010 Spring;39(1):e23-8.
6. Benbassat J, Baumal R. What Is Empathy, and How Can It Be Promoted during Clinical Clerkships? *Academic Medicine.* 2004 Sep;79(9):832-9.
7. Birnbaumer DM. *Beside Teaching.* Universidade da Califórnia. 2007.
8. Botti SHO, Rego S. Supervisor, tutor e mentor: Quais são seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2008; 32 (3):363–73.
9. Bramson R, VanLandingham A, Heads A, *et al.* Reaching and teaching preceptors: Limited success from a multifaceted faculty development program. *Fam Med.* 2007; 39(6):386-8.
10. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, DF, 24 out. 2011.*
11. Brasil. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 nov. 2001.*
12. Caetano JA, Diniz RDCM, Soares E. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cogitare Enferm.* 2009 Out/Dez; 14(4):638-44.

13. Campos FE, Machado MH, Pierantoni CR. 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2003 março 4-6; Belo Horizonte. Cadernos RH saúde Ministério da Saúde. 2003. A formação médica: capacidade regulatória de estados nacionais e demanda dos sistemas de saúde. p.93-102.
14. Carmo, MD, Andrade EI G, Mota JAC. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde – uma trajetória positiva de integração. Rev. Min. Enf. 2007 out./dez;11(4):387-94.
15. Carvalho F, Ventura T, Barroso R. Perfil de competências do orientador de formação. Rev Port Clin Geral. 2004; 20: 147-62.
16. Chaves ITS, Grosseman S. O Internato Médico e Suas Perspectivas: Estudo de Caso com Educadores e Educandos. Rev Bras Educ Med. 2007;31(3):212-22.
17. Cox K. Planning Bedside Teaching. Med J Aust. 1993 Jul 5;159(1):64-5.
18. Creswell J W. Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. 3rd ed. London: Sage; 2009. Part II, Designing Research; Chapter 9, Qualitative Procedures; p. 173-202
19. Curry RI, Hershman WY, Saizow RB. Learner-centered Strategies in Clerkship Education. Am J Med. 1996 Jun;100(6):589-95.
20. Eckstrom E, Homer L, Bowen JL. Measuring Outcomes of a One-Minute Preceptor Faculty Development Workshop. J Gen Intern Med. 2006 May;21(5):410-4.
21. Edelstein RA. A model for analysing precepting in the clinical setting. American Education Research Association. 1981 April.
22. Edler E, Fonseca MRF. A formação médica e o nascimento da anatomoclínica. Cadernos ABEM. 2006 junho; 2: 13-4.
23. Edler E, Fonseca MRF. A medicina de cabeceira. Cadernos ABEM. 2006 junho; 2: 11-2.
24. Edler E, Fonseca MRF. Ensino médico nas Conferências Populares da Glória. Cadernos ABEM. 2006 junho; 2: 15-6.
25. Edler E, Fonseca MRF. Ensino O surgimento da medicina experimental e reforma curricular. Cadernos ABEM. 2006 junho; 2: 17-8.
26. Edler E, Fonseca MRF. Saber erudito e saber popular. Cadernos ABEM. 2006 junho; 2: 9-8.
27. Espey E, Nuthalapaty F, Cox S, *et al.* To the point: medical education review of the RIME method for the evaluation of medical student clinical performance. Am J Obstet Gynecol. 2007 Aug;197(2):123-33.

28. Fetterman DM, Deitz J, Gesundheit N. Empowerment evaluation: a collaborative approach to evaluating and transforming a medical school curriculum. *Acad Med.* 2010 May;85(5):813-20.
29. Feuerwerker LCM. O movimento mundial de educação médica: as conferências de Edinburgo. *Cadernos ABEM.* 2006 junho; 2: 32-8.
30. Fins JJ, Gentile B, Carver A, *et al.* Reflective Practice and Palliative Care Education: A Clerkship Responds to the Informal and Hidden Curricula. *Acad Med.* 2003 Mar;78(3):307-12.
31. Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada.* The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. 1910; 4.
32. Grant A, Kinnersley P, Field M. Learning contexts at two UK medical schools: a comparative study using mixed methods. *BMC Res Notes.* 2012 Mar 19;5:153.
33. Howley LD, Wilson WG. Direct Observation of Students during Clerkship Rotations: A Multiyear Descriptive Study. *Acad Med.* 2004 Mar;79(3):276-80.
34. Huang WY, Dains JE, Monteiro FM, *et al.* Observations on the Teaching and Learning Occurring in Offices of Community-based Family and Community Medicine Clerkship Preceptors. *Fam Med.* 2004 Feb;36(2):131-6.
35. Huerta EDPN. Mudanças na unidade pediátrica: relato de experiência de integração docente-assistencial. *Rev. Esc. Enf. USP.* 1996 dez; 30(3): 366-70.
36. Jansen H. The Logic of Qualitative Survey Research and its Position in the Field of Social Research Methods. 2010; 11(2). Disponível em: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1450/2946>
37. Kilminster SM, Jolly BC. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Med Educ.* 2000 Oct;34(10):827-40.
38. Kumar A, Looma D, Rahangdale RY, *et al.* Rewards and incentives for nonsalaried clinical faculty who teach medical students. *J Gen Intern Med.* 1999 Jun;14(6):370-2.
39. L., B. *Análise de Conteúdo.* 3 ed. ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
40. Lee M, Wimmers PF. Clinical competence understood through the construct validity of three clerkship assessments. *Med Educ.* 2011 Aug;45(8):849-57.
41. Lobo MSC, Lins MPE, Silva ACM. Avaliação de desempenho e integração docente-assistencial nos hospitais universitários. *Rev Saúde Pública* 2010;44(4):581-90
42. Lopes JMC. *Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade.* Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2006; p.

43. Malloy MH, Perkowski L, Callaway M, *et al.* The Relationship Between Preceptor Expectations and Student Performance on 2 Pediatric Objective Structured Clinical Examination Stations. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998 Aug;152(8):806-11.
44. Margo K, Gazewood J, Jerpbak C, *et al.* Clerkship directors' characteristics, scholarship, and support: a summary of published surveys from seven medical specialties. *Teach Learn Med.* 2009 Apr-Jun;21(2):94-9.
45. Marsiglia RG. *Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente-assistencial no Brasil.* 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
46. Merhy EE, Aciole GG. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. *Pro-Posições.* 2003 jan/abr; 14(40): 1-22.
47. Molodysky E. Clinical teacher training--maximising the 'ad hoc' teaching encounter. *Aust Fam Physician.* 2007 Dec;36(12):1044-6.
48. Morin E, Motta R, Ciurana ER. *Educar na era planetária.* 1a ed. São Paulo: Cortez Editora; 2003. Capítulo 2, A complexidade do pensamento complexo; p 41-55.
49. Moser SEA, Kellerman R, *et al.* The RAFT Approach to Academic Detailing With Preceptors. *Fam Med.* 2004 May;36(5):316-8.
50. Neghme A. Algumas reflexões sobre os hospitais universitários, a administração e o ensino médico. *Boletín De La Oficina Sanitaria Panamericana.* 1970 nov; 392-8
51. Newell P, Harris S, Aufses A Jr, *et al.* Student Perceptions of Medical Errors: Incorporating an Explicit Professionalism Curriculum in the Third-Year Surgery Clerkship. *J Surg Educ.* 2008 Mar-Apr;65(2):117-9.
52. Olschowsky A, Silva GBD. Integração docente-assistencial: um estudo de caso. *Rev. Esc. Enf. USP.* 2000 jun; 34(2):128-37.
53. Omansky GL. Staff nurses' experiences as preceptors and mentors: an integrative review. *J Nurs Manag.* 2010 Sep;18(6):697-703.
54. Organização Pan-Americana De Saúde. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines. Traducción al castellano del Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services, 1920. Geneve, 1964. (Publicación Científica, n.93).
55. Ottolini MC, Ozuah PO, Mirza N, *et al.* Student Perceptions of Effectiveness of the Eight Step Preceptor (ESP) Model in the Ambulatory Setting. *Teach Learn Med.* 2010 Apr;22(2):97-101.
56. Pagliosa FL, Ros MA. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2008;32(4): 492-99.

57. Peters AS, Schnaidt KN, Zivin K, *et al.* How Important Is Money as a Reward for Teaching? *Acad Med.* 2009 Jan;84(1):42-6.
58. Ploteau S, Winer N, Barrier J, *et al.* Évaluation des enseignements et des enseignants par les externes lors d'un stage clinique dans un service de gynécologie–obstétrique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2007 Dec;36(8):807-16.
59. Prideaux D, Alexander H, Bower A, *et al.* Clinical teaching: maintaining an educational role for doctors in the new health care environment. *Med Educ.* 2000 Oct;34(10):820-6.
60. Ramani S. Twelve tips to improve bedside teaching. *Med Teach.* 2003 Mar;25(2):112-5.
61. Rogers CR, Rosenberg RL. *A pessoa como centro.* 1ª Ed. São Paulo. Editora Pedagógica e Universitária. 1977. p. 148-51.
62. Sandoval GE, Valenzuela PM, Monge MM, *et al.* Analysis of a learning assessment system for pediatric internship based upon objective structured clinical examination, clinical practice observation and written examination. *J Pediatr (Rio J).* 2010 Mar-Apr;86(2):131-6.
63. Santos IS, *et al.* Length of internship influences performance on medical residency exam. *Rev Assoc Med Bras* 2009; 55(6): 744-8.
64. Silva SM, *et al.* Cursos preparatórios para a residência médica: visão dos estudantes de medicina *Rev. Col. Bras. Cir.* 2011; 38(5): 349-354
65. Senecal EL, Askew K, Gorney B, *et al.* Anatomy of a Clerkship Test. *Acad Emerg Med.* 2010 Oct;17 Suppl 2:S31-7.
66. Shannon SJ, Walker-Jeffreys M, Newbury JW, *et al.* Rural clinician opinion on being a preceptor. *Rural Remote Health.* 2006 Jan-Mar;6(1):490.
67. SHIMIZU, HE. A percepção de docentes do curso de graduação em enfermagem e obstetrícia de uma universidade pública federal sobre a integração docente assistencial. *Rev.latino-am.enfermagem.* 1999; 7(5): 51-7,
68. Simon SR, Davis D, Peters AS, *et al.* How do precepting physicians select patients for teaching medical students in the ambulatory primary care setting? *J Gen Intern Med.* 2003 Sep;18(9):730-5.
69. Sotolongo MN, Michelena CNR, Horta LFB. Competencias docentes del Médico de Familia en el desempeño de la tutoría en la carrera de Medicina. *Educ Med Sup* 2005;19(1): 35-47.
70. Spencer J. The clinical teaching context: a cause for concern. *Med Educ.* 2003 Mar;37(3):182-3.

71. Stern DT, Williams BC, Gill A, Gruppen LD, *et al.* Is There a Relationship between Attending Physicians' and Residents' Teaching Skills and Students' Examination Scores? *Acad Med.* 2000 Nov;75(11):1144-6.
72. Streit DS, Maciel, DT, Zanolli MB. Contribuição para a formação de médicos de acordo com as necessidades da sociedade: interação com as políticas de articulação ensino, serviço, sociedade, implementadas pelo ministério da saúde. *Cadernos ABEM.* 2009 outubro; 6: 21-9.
73. Trajman A, Assunção N, Venturi M, *et al.* A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2009; 33 (1):24–32.
74. Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Medicina. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Relatório da Oficina de Integração Ensino Serviço. Recife, PE. 2010.
75. Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Coordenação do Curso de Medicina. Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina da UFPE. Pernambuco. Recife, PE. 2006.
76. University Of Calgary, Office Of Faculty Development. Five Steps to Effective Teaching at the Bedside. 2007.
77. Wenrich M, Jackson MB, Scherpbier AJ, *et al.* Ready or not? Expectations of faculty and medical students for clinical skillspreparation for clerkships. *Med Educ Online.* 2010 Aug 6;15.
78. Wofford JL, Singh S. Exploring the Educational Value of Clinical Vignettes fromthe Society of General Internal Medicine National Meeting in the Internal Medicine Clerkship:A Pilot Study. *J Gen Intern Med.* 2006 Nov;21(11):1195-7.
79. Worley P, Prideaux D, Strasser R, *et al.* What do medical students actually do on clinical rotations? *Med Teach.* 2004 Nov;26(7):594-8.
80. Yu TC, Wheeler BR, Hill AG. Effectiveness of Standardized Clerkship Teaching Across Multiple Sites. *J Surg Res.* 2011 Jun 1;168(1):e17-23

Abstract

Introduction: The medical courses in Brazil offer, in the last two years, a compulsory training in five basic areas (medicine, surgery, pediatrics, public health and obstetrics-gynecology), called internship. The internship is the period in which the student is in direct contact with the medical work and practice, accounting for a significant portion of training. After the publication of the new National Curriculum Guideline for undergraduate medicine, courses implemented an expansion of the practice placements far beyond the university hospitals. Health municipal and state services were included in the stages. Few courses, however, have a thorough knowledge of the practice settings in the health network and how teaching and learning is facilitated by preceptors. This study is devoted to know the reality of the Internship of the Medical School in the Federal University of Pernambuco.

Methodology: This is a descriptive, qualitative, cross-sectional study. Interviews were conducted using semi-structured script. Fourteen preceptors of health services involved in internship were selected and invited through a judgment sample. Content analysis was performed in three stages: pre-analysis, analysis and inferences and interpretations.

Results: The themes most relevant to the study were: expectations of the preceptor for medical training during the rotation; teaching models of mentoring; education management; and teaching-service integration. The analysis of the categories indicated a significant distance from the recommendations in National Curriculum Guideline and Pedagogical Political Project of the Medical School.

Conclusions: Specific teaching-service integration actions may qualify placements in the health network. The actions should address the topics related to the categories defined in this study. Other studies may address the perspective of the student, teacher and manager, important to complement the information obtained in this study.

Keywords: medical education, undergraduate medical study, medical internship, teaching and service integration, preceptorship, teaching and learning.

Apêndices

Apêndice 1 - Exemplo: Transcrição de Entrevista Preceptor 14

Arquivo: 111214_001

Vitor: Bom é o seguinte, uma primeira pergunta é saber como é que foi a tua história profissional e como ela se junta com essa questão de ser preceptor do internato... preceptora do internato? Como é que isso se une, entendeu? Na tua vida profissional...

Entrevistada: Sempre... sou filha de professor, de família de professor, sempre foi natural pra mim conversar com gente desde que eu fiz medicina, desde acadêmica, eu gostava de... fui monitora. Então assim, era uma tendência natural de ser preceptora. Fui do DA... que eu tava falando entendeu? Discuti muita coisa sobre esse NAEM. Eu tinha muito questionamento sobre o método de ensino daqui. Eu achava muito ruim essa coisa unilateral, entendeu? Eu sofria muito com isso. Achava muito medi... assim, pouco estimulante. Eu achava muito ruim, muito frustrante com o ensino médico nesse sentido. Então foi natural eu virar preceptora. Assim, qualquer coisa que eu fizesse... tava até conversando com os alunos um dia desses...qualquer coisa que eu fizesse eu sabia que ia ser pre... Assim, naturalmente eu queria trabalhar com gente e ser preceptora, entendeu? Já que eu fazia medicina e que eu gostava tanto, achava tão interessante a ciência, nada mais natural do que eu tentar compartilhar isso com mais gente.

Vitor: E com re... esse é o desejo, mas quando é que isso, vamos dizer... efetivou-se mesmo na tua vida profissional?

Entrevistada: Sempre. Porque aí eu fiz residência no IMIP, que você... eu fui monitora ainda como estudante. Depois fui residente no IMIP que você orienta acadêmico. Depois fui residente no Oswaldo Cruz que você lida também com estudante. Nunca fiquei sem... não sei o que é não estar com estudante. Depois voltei a fazer mestrado no IMIP porque já era um ambiente acadêmico. Aí do mestrado no IMIP... pronto aí eu virei preceptora da enfermaria. Eu... pronto até em obstetrícia eu não sei o que é dar plantão em hospital que não seja hospital-escola. Todos os hospitais que eu trabalhei são de alta complexidade.

Vitor: É até estranho entendeu?

Entrevistada: É... eu nunca dei plantão sem ter estudante. Eu não sei o que é isso.

Vitor: E o que tu acha mais estimulante? De receber um interno especificamente?

Entrevistada: Se o cara tem compromisso, ver que essa pessoa pode crescer. A crise de compromisso ta muito grande, entendeu? Muitos alunos têm uma falta de postura muito séria, mas aqueles que têm compromisso... é muito bom ver a pessoa crescer. Saber que você pode tentar ajudar aquela pessoa a atingir o potencial que ela tem é muito bom assim.

Vitor: Então, compromisso, entendeu? E o que mais te desestimula?

Entrevistada: A falta de compromisso de alguns alunos. A postura distorcida muito... Não é nem distorcida. Motivações diferentes da minha de fazer medicina. Motivações...

Vitor: Eu coordeno o internato de Saúde Coletiva... a parte de Medicina de Família. E aí assim... isso é muito presente, entendeu? Em 30 estudantes, acho que a gente tem 2, 3 que é... que tão motivados, eu acho.

Entrevistada: É... e aí assim por mais que a pessoa queira fazer qualquer outra coisa eu acho que a pessoa é médico, entendeu? Tem que tentar ver o macro, tem que ter um conhecimento macro. Não pode...

Vitor: Então tá. E com relação as tuas expectativas lá no IMIP do quando o estudante entra e como ele vai sair. Qual é a tua expectativa ao final do rodízio?

Entrevistada: Como eu sou coordenadora do internato de Tocoginecologia, que ele saia com sensibilidade pra atender uma mulher em todas as etapas da vida dela. Então se quem vai fazer GO, que se interesse mais ainda pela ciência de saúde da mulher, mas quem não vai fazer GO, que saia com conhecimento básico pra saber respeitar e conduzir de maneira adequada a mulher na qualquer outra especialidade que ele faça uma interconsulta, entendeu?

Vitor: Entendi. E com relação assim... durante o internato, lá o rodízio, eles têm alguma atividade teórica?

Entrevistada: Tem. 2 atividades teóricas semanais. Tem....

Vitor: Como é que é?

Entrevistada: Exclusiva pra eles entendeu? Todo dia tem atividade teórica geral da clínica. Tu quer o horário todo?

Vitor: Como for.

Entrevistada: Segunda-feira reunião geral do CAM. Então tem uma reunião geral da clínica que eles participam. Terça-feira, seminário dos residentes. Quarta-feira discussão das enfermarias. Aí na quarta de obstetrícia, na quinta de ginecologia. E eles têm fora essa atividade, têm misturado todo mundo, todos os internos, de todas as faculdades, residentes, preceptores todo mundo misturado nessas atividades todas. Fora isso, eles têm na quinta-feira à tarde, um seminário de obstetrícia, que até recentemente eu fazia, me afastei agora por causa do doutorado, e na sexta-feira de manhã, eles têm um seminário deles só, de alunos de UPE e da federal, os alunos não-FPS nem do IMIP, sobre ginecologia. Que a gente tenta fazer **ABP** pra eles, entendeu?

Vitor: Aí durante essas atividades, como é que é a participação deles?

Entrevistada: Então... é bom porque o grupo é reduzido geralmente não tem... Recentemente a gente teve uma turma muito grande porque somou um bocado de turma de federal e de UPE aí tinha assim... 20 meninos. Então isso era uma época que tava muito cheia e aí a gente tenta fazer **ABP**. Dá um caso pra abrir o caso e fechar o caso. A participação é boa, entendeu? Porque uma sala com 20... estando cheia tava com 20. Normalmente é em torno de 15, 12. Então... lógico tem um pouquinho de personalidade. Aqueles problemas normais de **ABP**, entendeu? Quem é tímido, não fala. Os da federal, assim... menos acostumados a **PBL** do que os da UPE. Os da UPE já foram expostos, os da federal às vezes têm que ser explicados como é que funciona. Mas todos participam. Teve uns alunos muito bons.

Vitor: Então, nesses seminários que são específicos pra eles, eles tão... vamos dizer, participando sempre?

Entrevistada: Tão...

Vitor: Mas nesses outros espaços que é tipo: seminário do residente, reunião clínica...

Entrevistada: Aí entra muito de perfil. Reunião clínica geral do CAM dificilmente eles participam. Todo mundo, porque é mais uma exposição mesmo. Ou então uma combinação de condutas que aí realmente fica mais pra staff e etc. Se eles quiserem se manifestar, eles têm todo o direito. Eles são perguntados, mas normalmente eles não o fazem. É seminário de residente, têm um momento de discussão no final, também se eles quiserem perguntar... aí também de novo personalidade, porque a sala é muito cheia. Então tem umas 80 pessoas que ninguém se conhece direito. Eles às vezes ficam meio tímidos, mas é até perguntado: Alguém quer perguntar alguma coisa e etc.? Na quarta e na quinta a atividade é mais participativa mesmo porque já é uma discussão de caso coletiva, mas não foi caso aberto, não tem busca de conhecimento prévio, ativação de conhecimento prévio, nada disso não. E nos seminários deles é que tem essa etapa toda de abrir caso e fechar caso. Então, num dia a gente fecha o caso anterior e já abre o próximo que aí é feito aqueles questionamentos, entendeu? Aquela ativação de conhecimentos prévios e etc.

Vitor: Lá no... tem um módulo aqui do 3º período que eu coordeno que aí a gente trabalha com problematizações. É difícil... a galera reclama.

Entrevistada: É... o pessoal... puxado...

Vitor: Resiste ainda...

Entrevistada: Mas é muito bom.

Vitor: Tem esse aspecto do tímido. Ele só vai conseguir realmente se colocar um pouquinho mais no final assim, do módulo, do semestre.

Entrevistada: Mas aí você tem a importância do feedback, de você saber identificar que esse menino tá com problemas, entendeu? Como é que é pra conversar, essas coisas.

Vitor: A gente pegou um caso interessante de um estudante... um caso. De um estudante que fez farmácia, o curso todo. Nunca acrescentou nada. Aí chegou agora no 3º período, aí ele com dificuldade de falar na tutoria. A gente: Oh cara e aí? Tu não tem mais como se esconder...tu tem que falar. Mas uma dificuldade danada...

Entrevistada: E aí assim você vai fazer medicina, a não ser que queria fazer um negócio que use medicina só como base de conhecimento. O cara quiser se enfiar num laboratório, mas se o cara for praticar a clínica, ele vai ter que falar com as pessoas. A não ser que ele faça patologia, entendeu? Mesmo assim tem que falar com os colegas, entendeu?

Vitor: Exatamente. É com relação às atividades práticas assim, do estudante, o que ele, vamos dizer, coloca a mão na massa? E que ele domina ao final do rodízio? O que tu percebe assim? Que é o que ele faz mesmo no dia-a-dia.

Entrevistada: Atender uma paciente na urgência obstétrica, ele vai fazer e saber fazer uma evolução de enfermaria... e faz uma admissão e uma evolução de enfermaria eles fazem também. Eles têm todas as atividades. Eles têm sala de parto, que eu acho que eles aprendem muito, de novo, a postura de cada um, se ele quiser se escorar, ele aprende pouco, mas dificilmente ele vai conseguir se escorar porque o volume é muito grande na sala de parto. Ambulatório também se ele for assim que às vezes o controle de quem vai e quem não vai pode ser um pouco falho então se pegar alguém... mas dificilmente... quem é compromissado vai pro IMIP, quem quer voar já nem vai pro IMIP, entendeu? Então tem essa coisa que é verdade. Então geralmente a gente já pega uma seleção natural de pessoas interessadas e que vão pro ambulatório porque não tem ninguém fiscalizando se eles vão ou não é porque eles querem aprender. Então quando eles tão lá eles aprendem, certamente, a atender alguém no ambulatório, enfermaria. As atividades... eles dão plantão lá também. Então... aprendem.

Vitor: Com relação a essas atividades, eles ficam sob supervisão direta? De quem?

Entrevistada: É pra ficar, é pra ficar. Sempre tem preceptor. Eventualmente, no horário da madrugada de plantão, pode ser que eles fiquem com

os residentes, geralmente, eles tão juntos com os residentes. A supervisão mais imediata é dos residentes, mas na passagem da visita e na discussão teórica é do preceptor. Se eles tiverem alguma dificuldade tem preceptor disponível sempre lá. Isso aí não falta não.

Vitor: E com relação a quem faz a avaliação afinal, como faz a avaliação do estudante?

Entrevistada: Os preceptores de enfermaria geralmente fazem. Então quem ficou com ele mais na enfermaria... Mas aí geralmente o preceptor consulta o residente pra saber...

Vitor: Tem assim... eles ficam mais com o R1 ou não importa isso?

Entrevistada: Depende do setor que eles tão. Porque lá divide por hierarquia de complexidade, entendeu? Então R1 tem que ficar em baixa complexidade, aí ele fica mais no puerpério, quando ele ta rodando no puerpério ele fica com o R1, mas na enfermaria de alto risco, aí R2, ele fica com o R2. Depende de onde ele ta. Na sala de parto, é que tem de tudo assim. R1, R2, R3 aí...

Vitor: Aí na avaliação então, o preceptor consulta o residente, mas parece que o IMIP, ele tem uma ficha própria, entendeu? De avaliação.

Entrevistada: Tem, tem.

Vitor: Porque tem uma ficha daqui, mas parece que o IMIP é uma das únicas assim, um dos únicos serviços que tem uma ficha própria. To fazendo uma entrevista aqui visse...

Um homem entra na sala:

Homem: Faz bem...

Vitor: A sua é quinta-feira...

Homem: ...Fique à vontade...

Entrevistada: É...não... tem a ficha própria lá, entendeu? Tu já visse como é?

Vitor: Eu não vi não.

Entrevistada: Englobando os 6 domínios, entendeu?

Vitor: Acho que vi um da pediatria, talvez, mas não sei se é a mesma.

Entrevistada: Domínio cognitivo, habilidades e psicomotor, entendeu? E afetivo que é atitude, entendeu? Postura, relacionamento com o paciente, com os colegas, com o preceptor, etc.

Vitor: Com relação a tua expectativa, com relação à instituição de ensino que manda o estudante. Tu tem alguma expectativa que ta suprida ou não?

Entrevistada: Tenho. Eles nunca mandam com antecedência quem é que vai. Isso aí eu meio que já desisti. É meio frustrante... porque termina ficando uma bagunça porque no dia que eles chegam, que eu sei que eles chegaram, que vão chegar e quantos são aí no dia... eu tenho que sentar pra poder fazer a distribuição deles. Já tenho a tabela mais ou menos pronta, mas é muito chato acho que não custava nada à faculdade mandar com antecedência que eles não mandam.

Vitor: Expectativa... comunicação.

Entrevistada: A comunicação é péssima. Aí a gente começou a devolver os alunos que eu não tinha ofício. Foi... aí quando devolveu, que eles tinham pra... aí foi que eles começaram.. porque nem ofício eles queriam mandar. Mandavam assim, chegava o menino de boca assim... dizendo que...

Vitor: Nessa questão da avaliação, tu já tivesse alguma situação, ou já viveu alguma situação de dificuldade de avaliar, ou ter que reprovar o estudante? Como é que vocês lidam com situações assim?

Entrevistada: Da federal lá no IMIP? Não. Não porque tem essa seleção natural que eu to lhe dizendo, entendeu? Os meninos da FPS a gente até que tem porque é um grupo grande, são 60. Mas da federal já tem a seleção natural. Já tem, já tem o perfil de quem vai pra lá. Faz tempo, lógico teve um problema ou outro etc., pontual, mas nada pra reprovar.

Vitor: Como é que foi? Conta assim...

Entrevistada: Num sei... teve um menino que tava fazendo implicância de dividir a evolução de final de semana, entendeu? Aqueles meninos que ficam... também já soube de meninos que na frente da gente ficam dizendo que vai fazer tudo pra ajudar e que depois chegou à turma e disse: Ah se virem que eu não venho evoluir, entendeu? Que eu até nem tinha essa imagem. E eu soube depois. Você fica meio decepcionado. Mas não era nada passível de reprovação do rodízio não. É reprovação da atitude, que é errada, que fica má impressão pra ele se aparecer depois, mas... o menino tinha aprendido, o menino tinha feito a parte dele, era uma distribuição de evolução final de semana.

Vitor: Com relação à entrevista em si, a pesquisa, tu teria alguma sugestão pra fazer? Algum comentário, avaliação. Desse momento que a gente teve?

Entrevistada: Não, num sei. Não, to curiosa na verdade pra saber o que você ta avaliando, como é que você ta selecionando as pessoas e o que você ta avaliando, assim. Você vai fazer uma análise do discurso e vai ver no que se repetem, é isso?

Vitor: É uma amostra criteriosa. Tipo assim, como são muitos preceptores, aí eu to pegando os preceptores que coordenam, entendeu? O serviço.

Entrevistada: É quem coordena tem uma visão também de questão administrativa, entendeu? Talvez pegar alguém que não coordene também. Também não vai poder falar livremente, que eu posso falar livremente, mas quando você fala, eu penso logo nas questões administrativas também não só no aprendizado deles. Porque assim, quando eu penso em aprendizado eu penso pontualmente em menino tal, menino tal, que tem me impressionado um pouco mais, um menino que tem sido mais sensível, tem um menino que quer fazer GO que eu tenha entrado mais em contato, mas acho que os preceptores lá... Acho que um comentário é que a gente não percebe muita diferença de quem é da faculdade e quem não é. Da faculdade do IMIP, entendeu? Porque lógico, dentro do padrão dos interessados, dos que são voadores, dos interessados, entram tudo no mesmo bolo, mas naturalmente como tem essa seleção natural, se compara UPE e UFPE geralmente os interessados, aos interessados da faculdade. Não tem muita diferença. Eu só acho que os meninos da faculdade... bom... mais aí é uma questão

de acreditar no método, não interessa tanto pra sua pesquisa, mas eu acho que os meninos que são estimulados a PBL desde o começo, eles conseguem se soltar mais pra ir além das coisas, sabe? Quando o menino é interessado. A federal termina aprendendo isso, mas meio que sozinho assim, de como estudar melhor, etc.

Vitor: Beleza então. Pensar sobre isso... essa questão do preceptor, que eu percebo que tem essa diferença claro do preceptor que ta coordenando a história toda e do preceptor que ta ali, vamos dizer, fazendo uma atividade que não tem a parte administrativa. Mas é a limitação mesmo... de esforços. Tem que ser primeiro esse esforço pra depois...

Entrevistada: É isso que eu to lhe dizendo... diga-me alguém pra entrevistar que não seja coordenador eu posso até lhe... vou lhe dizer algumas pessoas mas a pessoa vai dizer: Ai eu sei lá qual o menino é de qual faculdade, entendeu? Quando eu to lhe dizendo que não tem muita diferença é isso. Vitor: Entendi. Entrevistada: Ele vai dizer: Ah vou ta falando de interno de maneira geral porque eu não sei qual menino é... de qual faculdade, entendeu?

Vitor: Entendi, de maneira geral.

Vitor: Ta legal mesmo então. Obrigado ta certo?

Entrevistada: Massa... Prazer!

Vitor: A gente vai se ver aí. Tu fosse pra ABEM recentemente?

FIM

Apêndice 2 – Exemplo de Transcrição de Entrevista com Preceptor 14 – PRÉ-ANÁLISE – Leitura Flutuante com comentários.

Arquivo: 111214_001

Vitor: Bom é o seguinte, uma primeira pergunta é saber como é que foi a tua história profissional e como ela se junta com essa questão de ser preceptor do internato... preceptora do internato? Como é que isso se une, entendeu? Na tua vida profissional...

Entrevistada: Sempre... sou filha de professor, de família de professor, sempre foi natural pra mim conversar com gente desde que eu fiz medicina, desde acadêmica, eu gostava de... fui monitora. Então assim, era uma tendência natural de ser preceptora. Fui do DA... que eu tava falando entendeu? Discuti muita coisa sobre CINAEM. Eu tinha muito questionamento sobre o método de ensino daqui. Eu achava muito ruim essa coisa unilateral, entendeu? Eu sofria muito com isso. Achava muito medi... assim, pouco estimulante. Eu achava muito ruim, muito frustrante com o ensino médico nesse sentido. Então foi natural eu virar preceptora. Assim, qualquer coisa que eu fizesse... tava até conversando com os alunos um dia desses...qualquer coisa que eu fizesse eu sabia que ia ser pre... Assim, naturalmente eu queria trabalhar com gente e ser preceptora, entendeu? Já que eu fazia medicina e que eu gostava tanto, achava tão interessante a ciência, nada mais natural do que eu tentar compartilhar isso com mais gente.

[VHLB1] Comentário: PRAZER EM ESTAR COMO PRECEPTORA...E HISTÓRIA PESSOAL TAMBÉM...

Vitor: E com re... esse é o desejo, mas quando é que isso, vamos dizer... efetivou-se mesmo na tua vida profissional?

Entrevistada: Sempre. Porque aí eu fiz residência no IMIP, que você... eu fui monitora ainda como estudante. Depois fui residente no IMIP que você orienta acadêmico. Depois fui residente no Oswaldo Cruz que você lida também com estudante. Nunca fiquei sem... não sei o que é não estar com estudante. Depois voltei a fazer mestrado no IMIP porque já era um ambiente acadêmico. Aí do mestrado no IMIP... pronto aí eu virei preceptora da enfermaria. Eu... pronto até em obstetrícia eu não sei o que é dar plantão em hospital que não seja hospital-escola. Todos os hospitais que eu trabalhei são de alta complexidade.

[VHLB2] Comentário: ATUAÇÕES COMO PRECEPTORA.....

Vitor: É até estranho entendeu?

Entrevistada: É... eu nunca dei plantão sem ter estudante. Eu não sei o que é isso.

Vitor: E o que tu acha mais estimulante? De receber um interno especificamente?

Entrevistada: Se o cara tem compromisso, ver que essa pessoa pode crescer. A crise de compromisso ta muito grande, entendeu? Muitos alunos têm uma falta de postura muito séria, mas aqueles que têm compromisso... é muito bom ver a pessoa crescer. Saber que você pode tentar ajudar aquela pessoa a atingir o potencial que ela tem é muito bom assim.

[VHLB3] Comentário: CRISE DE COMPROMISSO. VER A PESSOA CRESCER....

Vitor: Então, compromisso, entendeu? E o que mais te desestimula?

Entrevistada: A falta de compromisso de alguns alunos. A postura distorcida muito... Não é nem distorcida. Motivações diferentes da minha de fazer medicina. Motivações...

[VHLB4] Comentário: MOTIVAÇÕES DIFERENTES...A COISA DAS EXPECTATIVAS....

Vitor: Eu coordeno o internato de Saúde Coletiva... a parte de Medicina de Família. E aí assim... isso é muito presente, entendeu? Em 30 estudantes, acho que a gente tem 2, 3 que é... que tão motivados, eu acho.

Entrevistada: É... e aí assim por mais que a pessoa queira fazer qualquer outra coisa eu acho que a pessoa é médico, entendeu? Tem que tentar ver o macro,tem que ter um conhecimento macro. Não pode...

Vitor: Então tá. E com relação as tuas expectativas lá no IMIP do quando o estudante entra e como ele vai sair. Qual é a tua expectativa ao final do rodízio?

Entrevistada: Como eu sou coordenadora do internato de Tocoginecologia, que ele saia com sensibilidade pra atender uma mulher em todas as etapas da vida dela. Então se quem vai fazer GO, que se interesse mais ainda pela ciência de saúde da mulher, mas quem não vai fazer GO, que saia com conhecimento básico pra saber respeitar e conduzir de maneira adequada a mulher na qualquer outra especialidade que ele faça uma interconsulta, entendeu?

[VHLB5] Comentário: APRESENTA O OBJETIVO CENTRADO NO ASPECTO DE UM ATENDIMENTO GERAL...

Vitor: Entendi. E com relação assim... durante o internato, lá o rodízio, eles têm alguma atividade teórica?

Entrevistada: Tem. 2 atividades teóricas semanais. Tem....

Vitor: Como é que é?

Entrevistada: Exclusiva pra eles entendeu? Todo dia tem atividade teórica geral da clínica. Tu quer o horário todo?

Vitor: Como for.

Entrevistada: Segunda-feira reunião geral do CAM. Então tem uma reunião geral da clínica que eles participam. Terça-feira, seminário dos residentes. Quarta-feira discussão das enfermarias. Aí na quarta de obstetrícia, na quinta de ginecologia. E eles têm fora essa atividade, têm misturado todo mundo, todos os internos, de todas as faculdades, residentes, preceptores todo mundo misturado nessas atividades todas. Fora isso, eles têm na quinta-feira à tarde, um seminário de obstetrícia, que até recentemente eu fazia, me afastei agora por causa do doutorado, e na sexta-feira de manhã, eles têm um seminário deles só, de alunos de UPE e da federal, os alunos não-FPS nem do IMIP, sobre ginecologia. Que a gente tenta fazer **ABP** pra eles, entendeu?

Vitor: Aí durante essas atividades, como é que é a participação deles?

Entrevistada: Então... é bom porque o grupo é reduzido geralmente não tem... Recentemente a gente teve uma turma muito grande porque somou um bocado de turma de federal e de UPE aí tinha assim... 20 meninos. Então isso era uma época que **FIM**

[VHLB6] Comentário: ATIVIDADE TEÓRICAS, INCLUINDO UMA METODOLOGIA PEDAGÓGICA DIFERENTE....

Apêndice 3 – Exemplo de classificação de trechos da Entrevista 14 nas categorias de análise.

A	B	C	D	E	F	G	RESPOSTA ESTUDANT
1	<p>A PROPOSTA PARA FORMAÇÃO DOS EGRESSOS E SUA RELAÇÃO COM AS DIRETRIZES</p> <p>Como eu sou coordenadora do internato de Tocoginecologia, que ele não seja com sensibilidade pra atender uma mulher em todas as etapas da vida dela. Então se quem vai fazer GD, que se interesse mais ainda pela ciência de saúde da mulher, mas quem não vai fazer GD, que saiba o conhecimento básico pra saber respeitar e conduzir de maneira adequada a mulher na qualquer outra especialidade que ele faça uma interconsulta, entendeu?</p>	<p>MODELOS DE ENSINO, APRENDIZAGEM, REPERCUSSÃO NAS PRÁTICAS E METODOLOGIAS E A FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO</p> <p>Segunda-feira reunião geral do CAM. Então tem uma reunião geral da clínica que eles participam. Terça-feira, seminário dos residentes. Quarta-feira discussão das enfermarias. Às na quarta de obstetria, na quinta de ginecologia. E eles têm fora essa atividade, têm misturado todo mundo, todos os internos, de todas as faculdades, residentes, preceptores todo mundo</p>	<p>EXISTÊNCIA E INTEGRIDADE DE PONTOS DE COMUNICAÇÃO E INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO, E OS DA UNIVERSIDADE/DOCENTES SOBRE O SERVIÇO</p> <p>Eles nunca mandam com antecedência quem é que vai isso aí eu meio que já desisti. É meio frustrante... porque termina ficando uma bagunça porque no dia que eles chegam, que eu sei que eles chegam, que vão chegar e quantos são aí no dia... eu tento que sentar pra poder fazer a distribuição deles... já tenho a tabela mais ou menos pronta, mas é muito chato acho que não gostava nada a faculdade mandar com antecedência que eles não mandam.</p>	<p>PERCEÇÃO DE BENEFÍCIOS/MALEFÍCIOS DA RELAÇÃO COM ESTUDANTES</p> <p>Se o cara tem compromisso, ver que essas pessoas pode crescer. A crise de compromisso tá muito grande, né? Muitos alunos têm uma falta de postura muito séria, mas aqueles que têm compromisso... é muito bom ver a pessoa crescer. Saber que você pode tentar ajudar aquela pessoa a atingir o potencial que ela tem é muito bom assim.</p>	<p>O DA APRENDIZAGEM DO ESTUDANTE ENQUANTO PRECEPTOR</p>	<p>SENTIMENTO EM RELAÇÃO AOS PAIS DE PRECEPTOR E EDUCADOR</p> <p>Sempre... sou filha de professor de família de professor, sempre foi natural pra mim conversar com gente desde que eu fiz medicina, desde acadêmica, eu gostava de... fui monitora. Então assim, era uma tendência natural de ser preceptora. Fui do DA... que eu tava falando né? Discuti muita coisa sobre CINEM. Eu tinha muito questionamento sobre o método de ensino daqui. Eu achava muito ruim essa coisa unilateral, né? Eu sofria muito com isso. Achava muito medi... assim, pouco estimulante. Eu achava muito ruim, muito frustrante com o ensino médico nesse sentido. Então foi natural eu virar preceptora. Assim, qualquer coisa que eu fizesse... tava até conversando com os alunos um dia desses... qualquer coisa que eu fizesse eu sabia que ia ser pre... Assim, naturalmente eu queria trabalhar com gente e ser preceptora, entendeu? Já que eu fazia medicina e que eu gostava tanto, achava tão interessante a ciência, nada mais natural do que eu tentar compartilhar isso com mais gente.</p>	
66	<p>ENTREVISTA 14</p>	<p>Então... é "outr porque o grupo e recepcionar geralmente não tem... Recentemente a gente teve uma turma muito grande porque sou um bolsado de turma de federal e de UFPE aí tinha assim... 20 meninos. Então isso era uma época que tava muito cheia e aí a gente tenta fazer ABP. Dá um caso pra abrir o caso e fechar o caso. A participação é boa, cheia tava com 20. Normalmente é em torno de 15, 12. Então... lógico tem um pouquinho de personalidade. Aqueles problemas normais de ABP, né? Quem é tímido, não fala. Os da federal, assim... menos acostumados a PBL do que os da UFPE. Os da UFPE, já foram expostos, os da federal são que eles começaram, porque nem ofício eles vezes têm que ser explicados como é que funciona. Mas todos participam. Tem uns por exemplo que nem tinham começado a fazer do CAM dificilmente eles participam. Todo mundo, porque é mais uma exposição</p>	<p>Então... é "outr porque o grupo e recepcionar geralmente não tem... Recentemente a gente teve uma turma muito grande porque sou um bolsado de turma de federal e de UFPE aí tinha assim... 20 meninos. Então isso era uma época que tava muito cheia e aí a gente tenta fazer ABP. Dá um caso pra abrir o caso e fechar o caso. A participação é boa, cheia tava com 20. Normalmente é em torno de 15, 12. Então... lógico tem um pouquinho de personalidade. Aqueles problemas normais de ABP, né? Quem é tímido, não fala. Os da federal, assim... menos acostumados a PBL do que os da UFPE. Os da UFPE, já foram expostos, os da federal são que eles começaram, porque nem ofício eles vezes têm que ser explicados como é que funciona. Mas todos participam. Tem uns por exemplo que nem tinham começado a fazer do CAM dificilmente eles participam. Todo mundo, porque é mais uma exposição</p>				
67		<p>Mundo... Duas coisas, uma combinação de...</p>	<p>Mundo... Duas coisas, uma combinação de...</p>				

Apêndice 4 – Exemplo de classificação de trechos da Entrevista 14 nas categorias de análise com comentário sobre possível classificação em subcategoria com comentários.

A	B	C	D	E	F	G	RESPOSTA ESTUDANT
	<p>A PROPOSTA PARA FORMAÇÃO DOS EGRESSOS E SUA RELAÇÃO COM AS DIRETRIZES</p>	<p>MODELOS DE ENSINO APRENDIZAGEM, REPERCUSSÃO NAS PRÁTICAS E METODOLOGIAS E A FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO</p>	<p>EXISTÊNCIA E INEXISTÊNCIA DE PONTES DE COMUNICAÇÃO E INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO, DOS DA INTERVENÇÃO E DE OUTRAS SOBRE O SERVIÇO</p>	<p>PERCEPÇÃO DE BENEFÍCIOS DA RELAÇÃO COM ESTUDANTES</p>	<p>QUA APRENDIZAGEM DO ESTUDANTE ENQUANTO PRECEPTOR</p>	<p>SENTIMENTO EM RELAÇÃO AOS PAPEIS DE PRECEPTOR E EDUCADOR</p>	
1.	<p>Como eu sou coordenadora do Instituto de Tocoginecologia, que ele saia com facilidade pra atender uma mulher em todas as etapas da vida dela. Então sei quem vai fazer GD, que se interesse mais na qualquer outra especialidade que ele faça uma interconsulta, entendeu?</p>	<p>Segunda-feira reunião geral do CAM. Então tem uma reunião geral da oficina que eles participam. Terça-feira, seminário dos residentes. Quarta-feira discussão das enfermarias. Às na quarta de obstetrícia, na quinta de ginecologia. E eles têm toda essa atividade, têm misturado todo mundo, todos os temas, de todas as faculdades, residentes, preceptores todo mundo misturado nessas atividades todas. Fora isso, eles têm na quinta-feira à tarde, um seminário de obstetrícia que até recentemente eu fazia, me afastei agora por causa do doutorado, e na sexta-feira de manhã, eles têm um seminário deles só, de alunos de LFE e da federal, os alunos não-FFPS tem do IMIP, sobre ginecologia. Que a gente tentará fazer ABP, os eles né? geralmente não tem... Recentemente a gente teve uma turma muito grande porque somou um bocado de turma de federal e de UFPE aí tinha assim... 20 mentores. Então isso era uma época que tava muito cheia e aí a gente tentava fazer ABP. Dá um caso pra abrir o caso e fechar o caso. A participação é boa, né? Porque uma sala com 20, estando cheia tava com 20. Normalmente é em torno de 15, 12. Então... lógico tem um pouquinho de personalidade. Aquelas problemas normais de ABP né? Quem é tímido, não fala. Os da federal, assim, menos acostumados a FBL do que os da UFPE. Os da UFPE já foram expostos, os da federal às vezes têm que ser explicados como é que funciona. Mas todos participam. Tem uns por exemplo que participam muito pouco, mas geralmente eles participam. Todo mundo, porque é mais uma exposição mesmo. Então é um mundo mais aberto, dá.</p>	<p>Elas nunca mandam com antecedência quem é que vai, isso aí eu meio que já desisti. E meio frustrante, porque termina ficando uma bagunça porque no dia que eles chegam, que eu sei que eles chegaram, que vão chegar e quantos são aí no dia... eu tenho que sentar pra poder fazer a distribuição deles. Já tenho a tabela mais ou menos pronta, mas é muito chato acho que não gostava nada a facilidade mandar com antecedência que eles não mandam.</p>	<p>Se o cara tem compromisso, ver que essa pessoa pode crescer. A crise de compromisso é muito grande, né? Muitos alunos têm uma falta de postura muito séria, mas aqueles que têm compromisso, é muito bom ver a pessoa crescer. Saber que você pode tentar ajudar aquela pessoa a atingir o potencial que ela tem é muito bom assim.</p>		<p>Sempre... sou filha de professor, de família de professor, sempre foi natural pra mim conversar com gente desde que eu fiz medicina, desde acadêmica, eu gostava de... fui monitora. Então assim, era uma tendência natural de ser preceptora. Fui do CA, que eu tava falando né? Discuti muita coisa sobre CINAGEM. Eu tinha muito questionamento sobre o método de ensino aqui. Eu achava muito ruim essa coisa unilateral, né? Eu sofria muito com isso. Achava muito medi... assim, pouco estimulante. Eu achava muito ruim, muito frustrante com o ensino médico nesse sentido. Então foi natural eu vir preceptora. Assim, qualquer coisa que eu tivesse... tava até conversando com os alunos um dia desses... qualquer coisa que eu tivesse eu sabia que ia ser pre... Assim, naturalmente eu queria trabalhar com gente e ser preceptora, entendeu? Já que eu fazia medicina e que eu gostava tanto, achava tão interessante a coisa, nada mais natural do que eu tentar compatibilizar isso com mais gente.</p>	
66.	ENTREVISTA 14						
67							

Apêndice 5 – Exemplo de imagem do CMAP Tools com agrupamento de temas de subcategorias em uma determina categoria. Exemplo da categoria “Integração Ensino-Serviço”

