



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NUTES – NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE**

HERBERT MISSAKA

**A Prática Pedagógica dos Preceptores do
Internato em Emergência e Medicina Intensiva de um
Serviço Público Não Universitário**

RIO DE JANEIRO

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Herbert Missaka

**A Prática Pedagógica dos Preceptores do
Internato em Emergência e Medicina Intensiva de um
Serviço Público Não Universitário**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Saúde, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação em Ciências e Saúde.

Orientadora: Victoria Maria Brant Ribeiro,
Professora Associada, NUTES - UFRJ

**RIO DE JANEIRO
2010**

Missaka, Herbert

A prática pedagógica dos preceptores do Internato em Emergência e Medicina Intensiva de um serviço público não universitário. – Rio de Janeiro: UFRJ / Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, 2010.
x, 66 f. : il. ; 31 cm.

Orientador: Victoria Maria Brant Ribeiro.

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Saúde, 2010.

Referências bibliográficas: f. 52-56.

1. Tutoria. 2. Internato e Residência. 3. Educação Médica. 4. Medicina de Emergência - educação. 5. Unidades de Terapia Intensiva. 6. Humanos. 7. Educação em Ciências e Saúde – Tese. I. Ribeiro, Victoria Maria Brant. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Saúde. III. Título.

Herbert Missaka

**A Prática Pedagógica dos Preceptores do
Internato em Emergência e Medicina Intensiva de um
Serviço Público Não Universitário**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Saúde, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação em Ciências e Saúde.

Aprovada em, 12 de janeiro de 2010.

Profa. Victoria Maria Brant Ribeiro, Doutora em Educação – UFRJ

Profa. Anete Trajman, Doutora em Medicina - UGF

Profa. Miriam Struchiner, Doutora em Educação - UFRJ

Dedico esta dissertação
aos meus queridos pais.

Agradecimentos

À minha estimada orientadora, Profa. Victoria pela acolhida ao NUTES, alfabetização em Educação, incansável disposição na orientação, paciência nas minhas dificuldades, atenção no desenvolvimento das idéias e apoio às iniciativas.

A todos os docentes e funcionários do LCE-NUTES: Beth e Dilva pelo contínuo incentivo, dicas e otimismo, e Serginho pela admirável criatividade na elaboração do pôster de cada trabalho.

A todos os docentes do NUTES pela minha formação em Educação em Ciências e Saúde.

À Daniela e Fernanda de Freitas pela parceria acadêmica e verdadeiro coleguismo nesta jornada.

A todos os preceptores do Centro de Terapia Intensiva da Emergência do Hospital Municipal Souza Aguiar que participaram desta pesquisa, pela disponibilidade e atenção dispensada.

A todos os internos do Internato em Emergência e Medicina Intensiva da Universidade Gama Filho.

Aos amigos do Centro Universitário da Tijuca pelo contínuo apoio, suporte técnico, solicitude e interesse.

RESUMO

Missaka, Herbert. A Prática Pedagógica dos Preceptores do Internato em Emergência e Medicina Intensiva de um Serviço Público Não Universitário. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Saúde) – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Neste estudo, procura-se analisar a prática pedagógica do preceptor, em atividade docente, que atua na formação do estudante de Medicina durante o Internato em Emergência e Medicina Intensiva de um hospital público com um universo de 14 preceptores. Leva-se em conta a intensidade do uso desta emergência por diversas universidades em atividades de estágio para alunos de medicina, internos ou não, e, por consequência, o envolvimento também intenso dos preceptores nesta atividade. O que se quer saber é quem é esse preceptor da emergência e o que ele faz, e o grupo que se submeteu ao estudo oferece, de alguma forma, esse perfil. O estudo que aqui se apresenta parte de uma parcial revisão da literatura sobre Educação Médica, tomada como pano de fundo; sobre o Internato e o seu papel na formação médica; como se dá a formação do preceptor e a sua prática; e o que representa um estágio em Emergência e Medicina Intensiva na graduação. Tomando os conceitos de Educação Permanente e relação pedagógica como referenciais teóricos de análise, realizou-se, entre maio e novembro de 2009, o trabalho de campo por meio de aplicação de questionários semi-estruturados com preceptores e internos envolvidos no cenário da Emergência-Medicina Intensiva e, posteriormente, a organização de um grupo focal com parte desses preceptores e com um grupo de internos. O preceptor parece ter presente que a sua atividade extrapola a mera assistência ao paciente, ao assumir a responsabilidade de ser preceptor de um aluno. Isto pode repercutir numa melhor assistência na medida em que necessita demonstrar compromisso e postura ética. Essa característica configura o que aqui se considera uma relação pedagógica, ou seja, uma relação que se encontra no agir humano, na resolução dos problemas da existência humana, mostrando a capacidade de o homem conhecer e estar aberto para o outro, tomando atitudes diante da realidade, aprendendo a fazer com o outro.

Palavras-chave: PRECEPTORIA, EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, RELAÇÃO PEDAGÓGICA, INTERNATO, MEDICINA DE EMERGÊNCIA – EDUCAÇÃO, MEDICINA INTENSIVA.

ABSTRACT

Missaka, Herbert. A Prática Pedagógica dos Preceptores do Internato em Emergência e Medicina Intensiva de um Serviço Público Não Universitário. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Saúde) – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

In this study, we analyze the preceptor's pedagogical practice on the activity of teaching, who acts on the medical student training during his emergency and intensive care medicine internship at a public hospital with 14 staff preceptors. It takes into account that several universities use this emergency-critical care unit in training activities for his students, and therefore also the intense involvement of preceptors in this activity. We want to know who is this teacher of emergency and what he does, and the group that underwent this study provides that profile. The study presents a partial review of the literature on medical education, taken as a background; about the internship and its role in medical training; preceptor's practice and training and how it occurs, and what represents emergency and intensive care medicine internship during graduation. Taking the concepts of health permanent education and pedagogical relationship, a theoretical analysis was carried out, between May and November 2009. Semi-structured questionnaires were applied to preceptors and interns involved in the setting of emergency-critical care, then focal groups with some of these tutors and a group of interns were performed. The preceptor have accepted that their activity goes beyond the mere patient care, when they assume the responsibility of preceptorship. This may implicate in a better healthcare as he needs to demonstrate commitment and ethics. This feature sets up what was considered here a pedagogical relationship, ie, a relationship that is in human action, in solving the human existence problems, showing the human capability to know and be open to the other, assuming proactive attitudes, learning how to do with the other.

Keywords: PRECEPTORSHIP, PERMANENT EDUCATION, PEDAGOGICAL RELATIONSHIP, EMERGENCY MEDICINE - EDUCATION, INTERNSHIP, CRITICAL CARE MEDICINE.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina

EP – Educação Permanente

EPS – Educação Permanente em Saúde

FEPAFEM - Federação Pan-Americana de Associação de Faculdades de Medicina

IDA - Integração Docente-Assistencial

Índice APVP – Índice Anos Potenciais de Vida Perdidos

MEC – Ministério da Educação

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PET - Programa de Educação Tutorial

PET-Saúde - Programa de Educação para o Trabalho em Saúde

PROMED - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PRÓ-SAÚDE - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família.

SUS – Sistema Único de Saúde

UNI - União com a Comunidade

Unisis - Integração das Universidades ao Sistema de Saúde

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
Capítulo 1 - Conhecendo o preceptor e sua função docente	7
1.1. O preceptor e o Internato	8
1.2 O pano de fundo do estudo – a Educação Médica	12
1.3 Formação do Preceptor: habilidades, competências, atitudes	20
1.4 O Internato em uma Unidade de Emergência - Medicina Intensiva	22
Capítulo 2 - Sustentação teórica da análise do material de campo	26
2.1 Educação Permanente	28
2.2 Relação pedagógica	32
Capítulo 3 – Preceptor e preceptoria em emergência	
3.1 Quem é esse preceptor da emergência e o que ele faz?	34
3.2 E o que dizem os alunos	44
Capítulo 4 – Considerações Finais	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	57

INTRODUÇÃO

Transformações mais recentes das bases filosóficas, metodológicas e organizacionais da educação e do sistema de saúde brasileiros repercutiram nas instituições de ensino médico e demais áreas de saúde, provocando desafios aos novos modos de organização do trabalho em saúde e às decorrentes exigências a respeito do novo perfil dos profissionais (CIUFFO e BRANT-RIBEIRO, 2008).

É necessário iniciar processos, constituir sujeitos sociais que possam dar conta dos desafios impostos por essa nova realidade. A formação de recursos humanos e a educação médica em particular, ainda que não exclusivos, são importantes espaços de constituição desses sujeitos (PAIM, 1995).

A verdade é que estamos formando um profissional que não atende às necessidades de saúde no Brasil. Durante muito tempo, falamos em formar um médico generalista, sem termos ao menos a definição precisa deste perfil. As escolas possuem um currículo e carga teórica extensos, em detrimento do ensino prático, o que, por si só, causa prejuízo na formação. É através da prática, do contato próximo quando você leciona para pequenas turmas, que é possível inserir consciência ética e humanística. É necessário que este enfoque seja dado do início ao final do curso, o que não tem acontecido. Então formamos um médico despreparado para a atenção primária e secundária, com um leque não aprofundado de conhecimentos das especialidades (STELLA, 1999, p. 26).

Em resposta aos desafios e demonstrando preocupação com a consolidação das mudanças nas ações e na formação de recursos humanos em saúde, o Ministério da Educação, por meio do Conselho Nacional de Educação, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN) (BRASIL, 2001).

As DCN incentivam novas formas de organização curricular, articulação entre ensino e serviços, e indicam a necessidade de repensar o processo educativo e práticas de saúde até então vividas pelos profissionais (BAGNATO, 2005). Esta legislação recomenda a formação de um médico generalista,

humanista, crítico e reflexivo, pautado em princípios éticos, capaz de atuar no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania. Recomenda, também, a realização do treinamento em diferentes cenários e níveis hierárquicos de atenção para superar o modelo científico moderno da Medicina: formação especializada, fragmentada, centralizada no órgão doente e não no doente, dependente de tecnologia e elegendo o hospital como espaço principal de formação.

Outras iniciativas governamentais de mudanças estão representadas no Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e, mais recentemente, no Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde).

O PROMED visava apoiar iniciativas destinadas à reorganização curricular em cursos de Medicina, com base nas DCN. O objetivo principal era incentivar as escolas médicas do país a ajustarem seus currículos, sua produção de conhecimento e os programas de Educação Permanente à realidade social e de saúde da população brasileira e, desta forma, contribuir na consolidação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002). Com alguns resultados positivos, embora tímidos, o PROMED deu origem ao PRÓ-Saúde.

O PRÓ-Saúde constitui-se em um programa que financia instituições dispostas a reorientarem o conteúdo teórico, a diversificarem os cenários de prática e a orientação pedagógica, inserindo suas escolas nos serviços públicos de saúde. Foi inspirado na avaliação do PROMED e visa à aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica, destacando-se entre elas a estratégia de saúde da família (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde e o da Educação instituíram, recentemente, o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde), que incentiva os estudantes de graduação a desenvolverem projetos na rede pública. Desde 1979, criado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), é desenvolvido o Programa de Educação Tutorial (PET). A educação tutorial caracteriza-se pela presença de um professor tutor com a

missão de orientar e estimular a aprendizagem ativa dos estudantes, com base em uma prática fundada em compromissos éticos e sociais, por meio de grupos organizados em cursos de graduação das instituições de ensino superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Já no PET-Saúde, além do tutor acadêmico, cria-se a figura do preceptor, que tem como requisito ser um profissional do serviço de saúde. O tutor acadêmico deve oferecer não só a orientação aos estudantes de graduação, mas também a capacitação pedagógica ao preceptor e a orientação voltada à pesquisa e produção de conhecimento relevante para o serviço de saúde.

Constituem-se como objetivos do PET-Saúde: facilitar o processo de integração ensino-serviço; institucionalizar as atividades pedagógicas dos profissionais do serviço; valorizar esta atividade pedagógica; promover a capacitação docente dos profissionais do serviço; estimular a inserção das necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e pesquisa na universidade; estimular o ingresso de profissionais do serviço na carreira docente (BRASIL, 2007). Dessa maneira, o Programa favorece o processo de integração ensino-serviço, na medida em que reconhece e valoriza o papel dos profissionais do serviço, respaldado pelo professor tutor, oriundo da universidade, na orientação do processo de aprendizagem dos estudantes.

É essencial para esse conjunto de mudanças capacitar docentes e preceptores em novas metodologias de ensino-aprendizagem, e ampliar laboratórios de práticas profissionais. Todas essas ações visam à integração entre os ciclos básico e clínico e à mudança do foco hospitalar, redirecionando-o para a Atenção Primária à Saúde e para as estratégias de Educação Permanente como formas de preparar o pessoal docente e dos serviços que recebem os estudantes (BRASIL, 2005).

No entanto, estudos mostram que poucos resultados efetivos se têm conseguido nas tentativas de mudança (ALMEIDA-FILHO, 1999; COSTA, 2007). Apontam como razões o maior poder e a capacidade de articulação das forças conservadoras em relação às que buscam impulsionar as transformações: torna-se muito difícil mudar estruturas tão rígidas - romper os acordos baseados no corporativismo, mobilizar professores mais ocupados com as atividades de investigação ou com a prática profissional – tanto quanto

o processo de formação, e quase impossível superar as pressões exercidas pelo mercado de trabalho sobre esse processo (LAMPERT, 2000; FEUERWERKER, 2002).

Outra razão relevante é a insuficiência da abordagem dos problemas propriamente pedagógicos da educação médica. As estratégias de mudança, apesar de partirem da identificação correta de problemas nessa área, não foram capazes de produzir e reunir conhecimento consistente que, de fato, contribuísse para a superação das dificuldades apontadas, em especial no que diz respeito à formação dos formadores e responsáveis pela implantação destas mudanças (FEUERWERKER, 1998).

Os professores de hoje são fruto do modelo de formação antigo que viveram como alunos. Muitos confundem transmissão da informação com ensino, são despreparados para a docência e para a investigação, e pouco preocupados com a formação do novo profissional, mais crítico e mais voltado para a saúde pública (MAURO, 2005; ABREU-NETO, 2006; COSTA, 2007).

No Brasil, na terceira fase do Projeto da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que se centrou no processo de formação e na docência médica, houve consenso acerca do “despreparo da maioria dos docentes que, na quase totalidade, são especialistas, não havendo modelo de identificação para o propósito da formação geral do médico”. Afirmou-se a importância do corpo docente das escolas médicas como “um dos elementos centrais do êxito das reformulações necessárias à educação médica” e recomendou-se que os cursos médicos promovessem “a excelência dos médicos para a docência” e, dessa forma, contribuíssem para transformar a formação (CINAEM, 1999).

Supõe-se, então, que haverá pouca eficácia na implantação de um projeto curricular inovador sem a adequada formação e a participação comprometida do docente. A capacitação docente tornou-se um desafio importante para as diversas funções demandadas pelo currículo (ALMEIDA, 2008), especialmente ao se estudar a implantação das mudanças na formação do futuro profissional, no período do Internato.

Os últimos semestres do Curso de Graduação em Medicina compreendem o período do estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço (Internato), em que o aluno exerce a atividade médica sob supervisão e

se estimula o aprendizado na prática. As DCN (art. 7º) recomendam que este período corresponda a 35% da carga horária total da graduação médica (BRASIL, 2001). Deve-se considerar o Internato não apenas um campo de práticas, mas também um corpo de conhecimentos que exige abordagens disciplinar e pedagógica inteiramente novas.

É nesse momento que o estudante inicia o processo de conquista da autonomia em relação à sua responsabilidade no atendimento ao paciente. Exames, condutas e procedimentos são as experiências práticas da rotina de um Internato e que exigem recuperar conhecimentos teóricos obtidos durante a graduação. Nesse sentido, a integração teoria-prática é assumida a despeito de quaisquer conflitos, dificuldades ou obstáculos que se interponham e o preceptor tem aí um papel importante, uma vez que os professores não têm frequência e participação constantes nas atividades do Internato.

No âmbito do Internato, a área de Emergência - Medicina Intensiva constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. Trata-se de uma especialidade que exige um corpo de conhecimentos e habilidades com identidade própria para o cuidado do paciente gravemente enfermo, que corre risco de vida em decorrência de uma disfunção ou iminência de uma falência orgânica grave.

O atendimento na Emergência e em Medicina Intensiva, por reunir transversalmente várias especialidades médicas (rompe barreiras disciplinares) e equipe multiprofissional, envolver assistência prática e próxima ao doente e necessitar resposta imediata para se efetuar um tratamento, constitui um cenário importante na formação médica, em que se possibilita o exercício prático da medicina e a tomada de decisões clínicas num contexto real: articular saberes e práticas de diferentes áreas temáticas, de modo contextualizado.

As DCN recomendam que a formação dos profissionais de saúde com competência para atuar no primeiro atendimento ao paciente grave e em situações de emergência deve se iniciar na graduação. Muitos currículos têm como pressuposto que nenhum estudante de Medicina deveria graduar-se sem a habilidade de prevenir a perda de um paciente com uma doença potencialmente fatal aguda que fosse reversível por meio do rápido reconhecimento da situação, estabelecimento imediato de intervenções de

suporte e adequado encaminhamento e transferência para uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), pois a recuperação dos pacientes críticos depende deste rápido reconhecimento e início de tratamento mesmo antes do encaminhamento para a UTI. Entretanto, em razão destas características, o treinamento em Emergência e Medicina Intensiva exige um acompanhamento mais próximo do aluno, recaindo esta tarefa para o preceptor, profissional-médico que orienta e supervisiona as atividades práticas dos acadêmicos de medicina em ambulatórios ou enfermarias e que, por vezes, não é professor da Faculdade de Medicina.

Neste estudo, procura-se analisar a prática pedagógica do preceptor, na perspectiva do preceptor e do interno, em atividade docente, que atua na formação do estudante de Medicina durante o Internato em Emergência e Medicina Intensiva de um hospital público com um universo de 14 preceptores. O fato de não ser um hospital-escola ou hospital universitário, de certa forma pode limitar a análise e as considerações sobre a formação pedagógica destes profissionais, nosso objeto do estudo, mas justamente este cenário do treinamento em serviço tem sido cada vez mais reconhecido como ideal para a formação do futuro médico nos diferentes documentos e programas do MEC/MS (PET-Saúde, PEP). Leva-se em conta, também, a intensidade do uso desta emergência por diversas universidades em atividades de estágio para alunos de medicina, internos ou não, e, por consequência, o envolvimento também intenso dos preceptores nesta atividade,. Em suma, o que se quer saber é quem é esse preceptor da emergência e o que ele faz e o grupo que se submeteu ao estudo oferece, de alguma forma, esse perfil.

Capítulo 1

Conhecendo o preceptor e sua função docente

Parte-se do suposto que somente os conhecimentos médicos não são suficientes para o exercício da atividade de preceptoria, uma vez que esta exige conhecimentos didático-pedagógicos para orientação e supervisão do treinamento prático dos estudantes.

A inserção dos estudantes nas atividades práticas de Internato traz, então, para estudo algumas questões de ordem pedagógica, na medida em que pressupõe um trabalho de mediação entre teoria e prática a ser realizado por docentes das instituições formadoras e também por tutores ou colaboradores - trabalhadores das unidades de saúde - que possam atuar como preceptores desses estudantes, o que nos remete, também, para os sérios problemas vividos por esses trabalhadores no que se refere às políticas de pessoal, às condições precárias vividas no ambiente de trabalho e à inexistência de oportunidades para a educação continuada, entre outras. Oportunidades e possibilidades para uma formação pedagógica são fora de qualquer cogitação por parte das instituições formadoras, com raras exceções.

Diante dessa premissa, cabe perguntar: existe preocupação institucional para formar o preceptor? E se existe, como se realiza essa formação?

Reformulações organizacionais da educação e dos sistemas de saúde exigem mudança do perfil do profissional, e as orientações expressas nas DCN e os princípios do SUS são indicadores da necessidade de se criarem suficientes oportunidades para uma prática supervisionada dos estudantes.

Permanece recorrente a falta de integração e incentivos entre instituições formadoras e serviços, mantendo-se uma lacuna nas atividades de formação. Nestas atividades, o preceptor tem um papel fundamental no aprendizado da prática, durante o Internato, razão pela qual tomou-se como objeto de estudo a preceptoria no Internato de Emergência e Medicina Intensiva. A escolha deve-se, por um lado, ao caráter de exceção do estágio em emergência, sobretudo de pacientes graves, um estágio planejado e formalizado pela instituição formadora, o que é incomum nos cursos de graduação em medicina. Por outro lado, minha experiência acumulada de orientação a cerca de 500 estudantes internos, durante 5 anos neste hospital,

trouxe-me a uma pergunta que sempre me fiz a respeito de como conduzir a relação preceptor-aluno de forma eficiente e eficaz.

O trabalho nesta instituição permitiu condições favoráveis do ponto de vista da coleta de informações pela proximidade com os entrevistados, tanto preceptores quanto alunos.

1.1. O preceptor e o Internato

A vida se tornou mais complexa no trabalho e nas relações sociais, e isto repercutiu também nos serviços de saúde e exigiu uma mudança do perfil do profissional.

Em um cenário de marcantes alterações envolvendo o mundo do trabalho, em que são exigidas novas habilidades, os trabalhadores vêm-se diante de demandas constantes, não apenas referentes ao domínio de novas tecnologias, mas também os relacionados à diversificação de tarefas, de modo a atender ao processo de reestruturação produtiva. Tais exigências convidam o educador a reconsiderar suas práticas pedagógicas, no sentido de situar a educação como um processo ativo e participativo e vislumbrar modalidades de inovações pedagógicas como um longo caminho a percorrer, buscando outras alternativas de articular teoria, prática e realidade. Neste sentido, assumimos que inovar é incorporar, além de novas tecnologias, novos conhecimentos, novas relações, criando um intrincado desafio pedagógico (BAGNATO, 2005, p. 2).

A reorganização das práticas individuais e coletivas do Sistema Único de Saúde, com base nos princípios de integralidade, universalidade e equidade, exige mudanças na formação dos trabalhadores do setor. No entanto, existem muitas dificuldades e resistências em se traduzir para o campo da educação médica as transformações desejadas, e superar as insuficiências detectadas na prática médica.

As práticas pedagógicas estruturadas nos processos de formação desses profissionais, e consolidadas nas práticas cotidianas nas instituições de ensino, não se transformam automaticamente a partir da formulação de novas propostas, muito menos com mudanças na legislação universitária e educacional. Essa transformação demanda condições de trabalho e salário, modos que operacionalizem a participação na produção da proposta, de

compreensão e estudo, de confronto de ideias e tempo para tomada de decisões organizadas.

Existe interesse governamental em implantar as diretrizes curriculares, bem como no maior envolvimento dos médicos do SUS, fora dos hospitais universitários, na orientação e supervisão de estudantes de Medicina. No entanto, faltam apoio e integração entre os serviços e as instituições formadoras para a preparação docente dos profissionais que atuam nestes serviços, o que dificulta a construção de um novo modelo assistencial, o desenvolvimento de novos conteúdos e experiências no processo de formação, e a definição de um novo perfil para os profissionais de saúde .

Os médicos que desenvolvem as atividades de preceptoria em muitos hospitais da rede de serviços não recebem qualquer aporte especial em seu processo de atualização, em sua capacitação pedagógica e tampouco estão familiarizados com a dinâmica das unidades não hospitalares (FEUERWERKER, 1998).

Nestes locais, a sobrecarga na assistência, a falta de incentivos e de infra-estrutura de trabalho e a baixa remuneração são ainda mais graves nas emergências e unidades de tratamento intensivo do SUS, contexto deste estudo.

Apesar do interesse governamental, não existe política para formação do preceptor que se traduza em plano de formação, identificação do perfil de quem atua na função de preceptoria, articulação dos serviços com as instituições formadoras e, sobretudo, não existem estudos no campo específico da Emergência e Medicina Intensiva. Esse quadro se manifesta, especialmente nos últimos anos da graduação, período do Internato, e provoca uma lacuna na formação médica.

Na maioria das faculdades de medicina, os primeiros anos são dedicados ao ciclo básico de conteúdo predominantemente teórico e cientificista. Somente no internato e sob supervisão do preceptor, ocorre a verdadeira inserção, por meio de atividades eminentemente práticas, em diferentes cenários, como recomendam as DCN, e em contato com a realidade do paciente à beira do leito, além do enfrentamento dos problemas de saúde da comunidade.

A prática profissional historicamente tem sido transmitida através de treinamento em serviço. É no processo de combinar os conhecimentos teóricos adquiridos com a experiência clínica (indicando relacionamento com pacientes) que se encontra a “mágica” da prática profissional médica. Somente a experiência adquirida na prática pode completar a formação (científica) do médico: é pela experiência clínica que o profissional se apropria dos doentes (e não mais apenas das doenças). É pela prática que se constrói a experiência clínica e é mediante o aprendizado em serviço que o futuro profissional constrói também a ética de suas relações com os pacientes, baseada no exemplo e na experimentação (FEUERWERKER, 1998, p. 4).

O atendimento inicial das urgências e emergências, em todas as fases do ciclo biológico, faz parte dos conhecimentos básicos requeridos a todos os médicos, independentemente da especialidade. Entre todos os cursos de graduação de Medicina do estado do Rio de Janeiro, somente um hospital universitário possui um serviço de emergência, com as portas abertas, conforme a demanda, e somente um Curso de Graduação de uma Universidade privada inclui no seu currículo o Internato supervisionado em Emergência e Medicina Intensiva (MISSAKA, 2006).

O preceptor tem papel importante neste momento da formação porque realiza uma atividade de ensino, mas que como tal não é considerada. Não existe capacitação específica para relação médico-aluno que aí se constrói, nem compromisso formal com a formação a não ser em hospitais-escola. Existem poucos estudos propondo uma formulação e implementação de processos educativos na formação destes profissionais de saúde. Os alunos ficam “jogados” nos serviços e, sem uma adequada preceptoria, acabam expostos à má prática, são desatendidos, acabam “desaprendendo” (REGO, 1994) e aumentando ainda mais a desilusão quanto ao trabalho na saúde pública e à realização das diretrizes do SUS.

Numa publicação de um Centro Acadêmico de estudantes, identificou-se a seguinte afirmação de uma interna do 8º período (4º ano):

Os campos de prática são os locais em que deveríamos aprender a ter visão crítica do sistema de saúde, a trabalhar em equipes multiprofissionais, a usar racionalmente os recursos e a prestar assistência integral e humana. Mas, ao contrário, só podemos aprender pelo anti-exemplo: vemos as coisas serem feitas de um modo tão grotesco que temos vontade de fazer o extremo oposto. (BULA, 2003, p. 3)

A relação preceptor-aluno, nestes últimos anos, se transformou em objeto de preocupação, na medida em que é parte importante e decisiva do processo de formação médica: a transição para a prática profissional (TRAJMAN, 2009). Nesse momento, o aluno é desafiado a se responsabilizar pela saúde de pacientes, sua interação com o *staff* dos hospitais é mais proativa, seus conhecimentos teóricos são postos à prova, o que exige do preceptor habilidades específicas no trato com este aluno. Sua função de mediador dos diferentes níveis de conhecimento aponta a necessidade de estabelecer relações pedagógicas, ou seja, relações que conduzem a aprendizagem prática do aluno, o “ser médico”.

Em síntese, o pleno aproveitamento do Internato prepara o aluno para enfrentar as constantes mudanças e os avanços científicos, especialmente quando tem oportunidade de integrar o ensino, a investigação e a prática, em qualquer dos níveis de assistência, processo no qual tem destaque a figura do preceptor.

A participação dos preceptores da rede viabiliza o internato na rede básica, entretanto a qualificação é necessária e urgente, para melhor qualidade no atendimento e no aprendizado dos internos (MORAES 2007, p.334).

Nesse sentido, pretende-se apresentar neste estudo a investigação sobre a prática pedagógica do preceptor com internos de medicina, no internato em unidade de emergência de pacientes graves, em um hospital público. Definiram-se como objetivos específicos: caracterizar e analisar a atividade de preceptoria no cuidado do paciente grave sob cuidados intensivos (como se desenvolve a atividade, quais os conteúdos usados na orientação dos internos, as condições em que se realiza essa prática, as relações com estudantes); analisar o papel do preceptor na formação dos alunos internos de uma Faculdade de Medicina; analisar o perfil e as expectativas do preceptor para o exercício das atividades de preceptoria e a percepção do interno, em relação ao papel do preceptor na sua formação (ANEXO 6).

Uma justificativa importante para um estudo sobre a preceptoria encontra-se, também, em um levantamento de estudos em pedagogia e didática compreendendo o período de 1996 a 2000, e que constata o ensino como fenômeno complexo, ressaltando a necessidade de investigação do ensino em situação por meio de perspectiva denominada epistemologia da

prática. Os estudos mostram a tendência do abandono da perspectiva *explicativa* para a perspectiva *compreensiva* da Didática (p. 50) e salientam a importância da subjetividade dos professores e dos alunos na produção do saber (PIMENTA, e ANASTASIOU, 2008).

A relação preceptor-aluno contém uma subjetividade ainda por ser estudada e explicada; sabe-se que em uma relação que conta com a participação de estudante de graduação, residente, pós-graduando e especialmente um paciente, a atividade de liderança, de supervisão ou de orientação do preceptor extrapola os limites da técnica, dos conteúdos científicos, e inclui “modos de ser”, modos de se relacionar que estão no campo das subjetividades.

O estudo que aqui se apresenta toma, como pano de fundo, uma revisão da literatura sobre Educação Médica; sobre o Internato e o seu papel na formação médica; como se dá a formação do preceptor e a sua prática; e o que representa um estágio em Emergência e Medicina Intensiva na graduação.

1.2 O pano de fundo do estudo – a Educação Médica

A educação médica é entendida como processo de produção de médicos cujo modo escolar se realiza numa instituição – a escola médica – com sujeitos, ideologias e culturas peculiares, sob determinadas relações sociais e técnicas (ALMEIDA, 1999; FEUERWERKER, 2002). Este processo constitui-se de dois componentes inseparáveis: o processo de ensino - o conjunto de momentos sucessivos que envolvem atividades, meios e objetos de ensino - e as relações de ensino - os vínculos que se estabelecem entre as pessoas participantes do processo de produção de médicos, resultantes do papel que estes indivíduos desempenham no ensino médico (GARCÍA, 1972).

No período entre 1910 e 1930 as escolas médicas americanas sofreram importante transformação na sua organização e processo de ensino, tendo por base o Relatório Flexner. As principais recomendações deste relatório consistiam: na compartimentalização das ciências básicas (criação do ciclo básico), na criação de departamentos, no desenvolvimento da pesquisa no âmbito destas ciências, no estímulo à especialização, na criação de hospitais-escola para serem usados como principal campo de treinamento clínico e na

ratificação do modelo científico moderno para a Medicina. Essas recomendações foram adotadas pela maioria das escolas americanas e estruturam, ainda hoje, os currículos de grande parte das escolas médicas do Brasil, embora desde meados do século passado tenha havido um movimento pela reforma dos cursos como aconteceu com o curso Experimental de Medicina, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e da Universidade de Brasília, nos anos 1970.

A partir de 1973, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) inicia importantes discussões acerca da Formação do Médico de Família e, em 1978, sobre a Formação do Médico Generalista: se restrita à graduação ou pós-graduação (especialização), e o grau de complexidade da formação deste médico.

Houve consenso em orientar o currículo da graduação para formar o médico generalista e, entre algumas iniciativas, o movimento Integração Docente-Assistencial (IDA) promovido pela OPAS foi a mais significativa delas. IDA era definida como um processo de vinculação crescente entre instituições de ensino e as instituições prestadoras de serviços na área da saúde para melhorar a atenção à saúde e orientar a produção de conhecimentos e treinamento dos profissionais, de acordo com as características epidemiológicas, num processo que parte dos serviços e é capaz de transformá-lo (KISIL, 1985).

A proposta IDA exigia profundas modificações conceituais, estruturais e estratégicas do modelo clássico de ensino, pesquisa e extensão vigente nas universidades brasileiras que se concentraram, principalmente, nos Departamentos de Medicina Preventiva, na área de reorganização de serviços, no ensino dos estudantes na rede de serviços e na educação continuada.

Em 1987, uma portaria do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) estabelecia critérios e depois incentivos financeiros para as unidades de ensino que desenvolvessem atividades fora do hospital universitário, bem como hospitais que desenvolvessem atividades de ensino, assistência e pesquisa vinculadas às instituições de ensino.

Em 1988, a Secretaria de Ensino Superior do MEC aprovou novas proposta de integração das universidades ao Sistema de Saúde, o Unisis. Essa

proposta considerava que a responsabilidade pelo ensino das universidades deveria abranger os profissionais da rede pública de saúde com objetivo de produzir um processo de Educação Permanente, especialização e aprimoramento. Qualquer serviço do Sistema de Saúde poderia ser reconhecido pela Universidade como local de ensino (MARSIGLIA, 1995).

Todos esses incentivos à inter-relação universidade-serviços quase não provocaram mudanças no ensino médico, na atuação da Universidade para assumir a Educação Permanente dos profissionais e na relação das escolas médicas com hospitais universitários e rede de serviços de saúde.

Nesse mesmo período, todo o intenso movimento da Reforma Sanitária no Brasil resultou em poucas iniciativas significativas na educação médica.

Em 1986, realizou-se o Seminário para a Preparação do Médico Geral, promovido pela ABEM e Comissão de Ensino Médico do MEC, e se concluiu ser necessário imprimir o caráter de terminalidade ao curso médico; promover a formação de um médico capaz de diagnosticar e resolver os problemas de saúde mais frequentes em sua área de atuação; adotar estratégias educacionais que favorecessem a integração básico-clínico, o contato precoce do estudante com pacientes e famílias de comunidades selecionadas e o ensino baseado em práticas em ambulatórios, enfermarias gerais e unidades de emergência; assumir a necessidade de aperfeiçoamento do corpo docente, o ajuste da maior parte dos docentes (constituído por especialistas) para a formação de generalistas na graduação e a definição das competências necessárias dos recém formados nas áreas básicas: clínica médica, cirurgia geral, ginecologia-obstetrícia, pediatria e medicina social. Sem dúvida foi um avanço, mas resultou em poucas iniciativas reais de mudanças.

Foi um período em que houve apoio na implementação dos sistemas locais de saúde, maior valorização do papel determinante dos serviços e do mercado na conformação do profissional de saúde e na sua formação, e de reformas dos sistemas de saúde baseados nas ideias de Alma Ata: Saúde para Todos no Ano 2000. Essas ações eram decorrentes do estímulo que desde 1985 vinha se efetivando para reformulação do ensino médico em âmbito internacional, e que resultou na organização da 1ª Conferência Mundial de Educação Médica em 1988.

Em agosto de 1988 realizou-se a Conferência de Edimburgo e, ao final, se emitiu uma Declaração com os seguintes trechos importantes:

- o objetivo da educação médica é formar profissionais para promover a saúde de todas as pessoas e esse objetivo não está sendo atingido em muitos lugares. Cada paciente deve poder encontrar no médico o ouvinte atento, o observador cuidadoso, o interlocutor sensível e o clínico competente;
- os esforços para dotar a escola médica de maior consciência social não haviam sido bem sucedidos;
- o homem tem necessidades que vão além das respostas que a ciência isoladamente pode trazer. E os educadores médicos deveriam responder às necessidades de saúde da raça humana como um todo;
- muitas mudanças poderiam ser concretizadas com ações internas às escolas médicas como: diversificação dos cenários de ensino, congruência entre conteúdos curriculares e perfil epidemiológico das populações, adoção de metodologias ativas de aprendizagem e construção de sistemas de avaliação;
- no campo das prioridades educacionais a recomendação foi que o componente científico da educação médica precisaria ser revisto com objetivo de melhorar sua aplicabilidade aos serviços de saúde e à prática clínica (WORLD, 1988).

A Declaração de Edimburgo representou um esforço de sistematização e articulação de um projeto de mudança na educação médica. A dimensão das forças envolvidas levou a um maior reconhecimento das propostas de mudança pelas escolas médicas.

Nos anos 1990, houve o convite para que instituições universitárias na área da saúde participassem do projeto “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade”, referida pela sigla UNI. Em 1991, o Programa procurou ir além do que já se havia conseguido nas escolas, nos serviços e comunidade pelas experiências da IDA. Os projetos deveriam ter como denominador comum: base epidemiológica na seleção dos conteúdos, interdisciplinaridade, trabalho em equipe multiprofissional e ensino/aprendizagem em serviço.

Em 1991, houve outra iniciativa importante no Brasil, com a instituição da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM). A Comissão realizou um importante diagnóstico de todas as escolas médicas brasileiras e desencadeou um movimento de autoavaliação do ensino médico. No período de 1991 a 1997 foram desenvolvidas 2 fases. A primeira procurou identificar e descrever o perfil das escolas médicas ao elaborar amplo questionário que permitiu a criação de um banco de dados contendo as

principais características das escolas. Em 1994, com o apoio dos projetos UNI, a CINAEM preparou a segunda fase do projeto, selecionando 3 variáveis: médico formador, recursos humanos e modelo pedagógico, para caracterizar melhor a qualificação do formador. A CINAEM elaborou uma síntese das principais conclusões que permeiam as propostas de mudança no ensino médico. Uma delas diz:

“A descrição do processo de formação revela a hegemonia absoluta dos conteúdos programáticos que permitem a compreensão do processo saúde-doença centrado no indivíduo biológico. Desvenda a semiologia como instrumental de trabalho que articula a utilização do conhecimento biológico na abordagem dos distúrbios orgânicos fisio-morfológicos e assegura a reprodutividade da prática médica, funcionando como o instituinte da clínica moderna fundamentada no método positivista“ (CINAEM, 1997)

Na terceira fase, foram constituídas oficinas de trabalho com docentes e estudantes para elaboração das propostas de mudança nas escolas médicas envolvendo processo de formação, docência, gestão da escola e avaliação, a partir dos estudos das fases anteriores. Em síntese, foi produzido um material que pretendia orientar estes processos de mudança nas escolas tais como: formação estruturada na pessoa e necessidades da comunidade; trabalho em pequenos grupos sob orientação de um tutor; estudar nos primeiros semestres as dimensões psíquicas, as sociais e, a partir do segundo ano, as dimensões biológicas, em discussões multidisciplinares, utilizando metodologia que exija participação ativa do estudante no seu processo de ensino-aprendizagem; inserção na prática, desde o início do curso, em unidades básicas de saúde. Na medida em que o aluno vai se capacitando e incorporando saberes, amplia-se o foco da formação para as alternativas de intervenção nos campos psíquico, social, biológico e de complemento diagnóstico. A última ampliação ocorre quando os alunos começam treinamento para a realização de procedimentos, sempre com o auxílio do tutor (SANTOS, 2001). Na quarta fase, que está em vigor, foi proposto que as escolas apresentassem projetos de transformação a partir das estratégias propostas pelo CINAEM. Não há informações sobre esta fase.

Também em 1991, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou um documento - “Changing Medical Education: an agenda for action” - como

alternativa de coordenação e sistematização de atividades que permitissem a adaptação do ensino médico às novas exigências da sociedade: humanização da atenção, maior participação social, equidade, contenção dos custos, uso adequado da tecnologia, proteção ao meio ambiente e promoção de estilos de vida saudáveis.

Em 1993, houve a II Conferência de Edimburgo da qual emanaram as seguintes principais recomendações:

- estabelecer relações eficientes entre universidades e serviços de saúde, ministérios da Saúde e da Educação, instituições de formação;
- maior envolvimento das escolas com os sistemas de saúde, bem como com a Educação Permanente dos profissionais dos serviços. Formular políticas de equilíbrio entre especialistas e generalistas;
- melhorar a capacitação pedagógica dos professores e possibilitar a participação dos estudantes no planejamento e avaliação da escola médica;
- criar novas opções curriculares para resolver o problema da sobrecarga de informações;
- articular o processo de formação e ensino de pós-graduação com o contexto social e a realidade epidemiológica;
- possibilitar uma maior participação da comunidade no processo da educação médica;
- preparar melhor os estudantes para o processo de comunicação com os pacientes e com o público.

No ano seguinte, a OPAS e a Federação Pan-Americana de Associação de Faculdades de Medicina (FEPAFEM) divulgaram o documento que revelava a posição das Américas na educação médica, elaborado pelas escolas e associações.

- a) Há necessidade de gerar um novo modelo científico, biomédico e social que projete e fundamente um novo paradigma educativo, em função do indivíduo e da sociedade;
- b) Há necessidade de um novo sistema de valores que transcenda a influência da mudança da prática, reconstrua a ética do exercício profissional e garanta a função social do atendimento às necessidades de saúde da população;
- c) Há vantagens no desenvolvimento de trabalho interdisciplinar e de metodologias problematizadoras;
- d) É fundamental que o desenvolvimento da integração docência-assistência-pesquisa tome a estratégia da APS como

objeto de pesquisa e aprendizagem e verifique o compromisso da universidade com a sociedade, afastando-se da utilização dos espaços comunitários como campos de prática unicamente;

e) A superação da contradição entre formação de especialistas e médicos gerais exige que a educação médica enfrente criticamente a determinação tecnológica do critério médico de qualidade, que envolve tanto a ética profissional como a equidade. É nesse sentido que se dão as possibilidades de resolver este velho dilema da educação médica.

f) É necessário continuar a formar melhores especialistas e, ao mesmo tempo, é necessário resgatar e fortalecer a formação geral na graduação, colocando-os adequadamente nas equipes de saúde, promovendo igualmente suas funções e reconhecimentos sociais (FEPAFEM, 1993).

Ainda em 1994, a OPAS promoveu o Encontro Continental de Educação Médica, em Punta Del Este. Os principais temas de debate foram as propostas a respeito da avaliação da educação médica: avaliação por meio de um exame ao final do curso, ou uma avaliação de processo, como instrumento de promoção de mudanças nas escolas médicas.

Entre as conclusões, destacam-se:

- a construção deste novo paradigma da medicina pós-flexneriana, como um processo social de mudança das relações entre os 3 pólos envolvidos no processo de trabalho (complexo médico-hospitalar, médicos e pacientes), pressupõe papel importante e insubstituível para a escola médica, que deverá se orientar segundo os princípios: compromisso institucional efetivo com a sociedade, ou seja, integração com os serviços de saúde em função dos reais interesses da população;
- participação de docentes e alunos no sistema de prestação de serviços;
- condições técnico-administrativas que permitam permanente atualização científico-tecnológica de docentes e alunos.

Tanto em nível das propostas de mudança na educação médica como das políticas de saúde, subestimaram-se a importância e as possibilidades de intervenção do fator humano na produção de mudanças na saúde. Os homens, atores reais do processo, estavam esmagados sob o peso de muitas determinações estruturais: o complexo médico-industrial, o aparelho estatal, a instituição médica, o peso determinante do Estado e da infra-estrutura

econômica na conformação das políticas sociais, a ordem médica, a estruturação do saber clínico (CAMPOS, 1994).

Essa postura teórica, que influenciou grande parte do movimento pela Reforma Sanitária, certamente contribuiu para o fato de até recentemente os reformadores da saúde no Brasil não terem se proposto a intervir na orientação do processo de educação dos profissionais de saúde (nem na graduação, nem na pós-graduação). O grau máximo de intervenção no processo de educação médica ficou reduzido ao veto do Conselho Nacional de Saúde à abertura de novas escolas.

Essas concepções teóricas também contribuíram para que houvesse pouca preocupação com a construção de uma nova prática sanitária e uma subestimação/negação da importância da prática clínica.

As estratégias de mudança, apesar de partirem da identificação correta de problemas nessa área, não foram capazes de produzir/reunir conhecimento consistente que de fato contribuísse para a superação das dificuldades apontadas. (...) Também considerado relevante na formulação das estratégias foi o problema da super-valorização de simples mudanças de cenário de aprendizagem como agentes de transformação dos conteúdos ensinados e aprendidos: a prática mostrou que não bastou ao estudante ser exposto à realidade, à miséria e à maneira de operar dos serviços para que se conseguisse interferir de fato na essência de seu processo de formação. A introdução de novos cenários de ensino pode desempenhar um papel fundamental na mudança do perfil dos profissionais formados, contribuindo para concretizar esse conceito mais amplo de saúde, desde que venha acompanhada de mudanças nas práticas de saúde (FEUERWERKER, 1998, p. 6).

A contribuição do professor de Medicina é considerada fundamental para a reorientação da educação médica, ampliando as perspectivas de transformações dos cursos médicos, principalmente no que se refere às experiências curriculares e metodológicas que privilegiem a construção do conhecimento, a interdisciplinaridade e a postura mediadora do professor na interação com o aluno (BATISTA, 1998).

Recentemente, o Ministério da Saúde vem investindo maciçamente no Programa de Saúde da Família (QUALIS-PSF) e muitos consideram que a saúde da família pode se constituir em um dos eixos da mudança de paradigma na saúde e na educação médica.

Todos estes movimentos que propunham mudanças, mesmo que não pensando exatamente da mesma forma, acabaram pressionando o MEC em busca destas transformações. E, finalmente, após 3 anos de ampla discussão, em 2001, foram homologadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área da saúde pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2001). Estas diretrizes oficiais apresentam a nova concepção para a formação do médico, incentivam novas formas de organização curricular, articulação ensino e serviços, pedagogia centrada no aluno e reafirma a importância da inserção precoce do estudante nos serviços de saúde e o treinamento em diversos cenários.

As DCN, na área da saúde, constituem-se em mudança paradigmática do processo de educação superior, de um modelo flexneriano, biomédico e curativo para outro, orientado pelo binômio saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência; de uma dimensão individual para uma dimensão coletiva; de currículos rígidos, compostos por disciplinas cada vez mais fragmentadas, com priorização de atividades teóricas, para currículos flexíveis, modulares, dirigidos para adquirir um perfil e respectivas competências profissionais, os quais exigem modernas metodologias de aprendizagem, habilidades e atitudes, além de múltiplos cenários de ensino” (PERIM, 2009).

Dessa forma, o perfil profissional desejado encontra-se formalmente delineado pelas DCN e a estruturação dos serviços e as ações estão delineadas na Constituição do Brasil e na Lei Orgânica da Saúde, definindo legalmente o Sistema Único de Saúde, para o qual a formação deve estar direcionada.

1.3 Formação do Preceptor: habilidades, competências, atitudes

Preceptor era designado como aquele que dá preceitos ou instruções, instrutor, educador. Ao buscar o uso deste termo em artigos publicados e na legislação brasileira constata-se que se refere ao profissional que muitas vezes não é da academia e que tem importante papel na inserção e na socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho, com ênfase na prática clínica e desenvolvimento de habilidades para desempenhar procedimentos clínicos: estreitar a distância entre teoria e prática. Apresenta-se, também, com

atribuições de favorecer a aquisição de habilidades e competências pelos que finalizam o curso e recém-graduados em situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho. O preceptor deverá ter a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho e tem a função de ensinar, aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento dos futuros médicos, muitas vezes servindo-lhes como exemplo e referencial para a futura vida profissional e formação ética (BOTTI e REGO, 2008).

Compreende-se a função do preceptor como uma mediação entre os aspectos teóricos e os práticos da formação, tanto quanto se observa nas oportunidades de práticas laboratoriais ou em estágios, nos demais níveis de ensino. Nesse momento, a dissociação entre teoria e prática é rompida na medida em que os preceptores praticam as atividades de assistência aos pacientes na presença de alunos, decodificando conceitos que adquirem durante a graduação. Mais que aplicar a teoria na prática, a função do preceptor caracteriza-se pelo exercício de uma prática clínica que levanta problemas e provoca a busca de explicações ou soluções.

A preceptoria constitui uma importante atividade para a formação do futuro profissional, facilitando a sua transição entre aluno de curso de pós-graduação e de sua prática profissional. Portanto, a função do Preceptor deve ser ressaltada e os seus atributos devem ser motivo de discussão e de reflexão no sentido de atender às necessidades e anseios dos Internos e Residentes (SILVA, 2008, p.37).

Decorre daí a necessidade de se incluir na sua formação discussões e análise dos principais modelos e estratégias de ensino em saúde, noções de planejamento curricular, problematização do ensino, diferentes formas de avaliação, uso de tecnologias de informação e comunicação e, em especial e de acordo com o objeto de pesquisa deste trabalho, a capacitação para planejar o Internato em Emergência e Medicina Intensiva.

O preceptor entende melhor este processo ao adotar um modelo pedagógico que não se limite à mera transmissão de conhecimentos. A própria complexidade, originalidade na prática médica diária, junto aos alunos, constitui oportunidade, desde que bem preparado para isso, para superar as dificuldades e construir soluções, aprendendo na prática e seguindo em busca do conhecimento. Para tanto, exige-se o desenvolvimento de competência para

integrar a tecnologia de informação e comunicação, de modo a possibilitar o acesso aos avanços científicos, à intercomunicação que ultrapassa os limites do ambiente físico de ensino, e o acesso a materiais educativos e novos ambientes de aprendizagem.

O envolvimento com o ambiente acadêmico e de formação exige também uma atuação com responsabilidade e de acordo com princípios éticos.

As deformações existentes, tanto do ponto de vista da função do preceptor quanto das condições de seu trabalho apontam: rigidez curricular, métodos de ensino ultrapassados, dedicação quase exclusiva dos alunos para as provas de residência, serviços públicos de saúde sucateados, e falta de reconhecimento e remuneração pela atividade. Tudo isso confirma a necessidade da preparação de um preceptor com habilidade e competência para enfrentar esses desafios e procurar soluções.

1.4 O Internato em uma Unidade de Emergência - Medicina Intensiva

Define-se o Internato como estágio curricular obrigatório de treinamento, em serviços de saúde próprios ou conveniados, sob supervisão direta dos docentes ou preceptores responsáveis, destinado a complementar e aprimorar os atos médicos e os conhecimentos adquiridos nos períodos anteriores do curso de graduação. A carga horária mínima deve atingir 35% da carga horária total do Curso de Graduação e deve incluir aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva com atividades nos três níveis de atenção. As atividades do Internato, segundo as DCN, Art 7º §1º, são de caráter eminentemente prático (carga teórica não poderá ser superior a 20%) e procura-se integrar o estudante em equipes multiprofissionais de saúde e desenvolver atitudes éticas para o exercício profissional.

O aprendizado em serviço é o principal instrumento de ensino/aprendizagem durante o Internato e deve incluir outros campos de atuação profissional além do hospital e postos de saúde: comunidade, campus avançado, áreas rurais, modelados para as diferentes regiões do país (ABEM, 1994). Pode ser realizado em instituições prestadoras de serviços médicos não vinculados à escola médica e localizadas, preferencialmente, no mesmo distrito

geoeducacional do Curso de Graduação, desde que sigam algumas exigências na seleção da instituição e da existência de pessoal médico capacitado a exercer a função de orientador, numa proporção de, no máximo, um orientador para cada 10 alunos, existência de uma Comissão de Internato para fazer cumprir e avaliar o programa de Internato (BRASIL, 1983 e BRASIL, 2001).

Seu principal objetivo é formar médicos capazes de: praticar a medicina com competência e habilidades específicas; exercer a assistência médica na dimensão biopsicossocial; orientar sua prática pelos problemas de saúde da comunidade; reconhecer responsabilidades, limitações, deveres éticos perante o paciente, a instituição e a comunidade; desenvolver o aperfeiçoamento por meio da Educação Permanente em saúde (BRASIL, 1983 e SOUZA, 2006).

É preciso examinar, de forma atenta, o aprendizado prático do aluno como componente essencial da transformação do aluno em médico, pois é na busca da experiência clínica que o aluno mais fortemente se mobiliza durante sua formação, para adquirir um conhecimento que lhe assegure uma boa prática futura (SISSON, 2009, p. 312).

A diversidade de experiências práticas do Internato (atendimento nas várias áreas, cenários, casos, exames, condutas, procedimentos), com níveis crescentes de autonomia (sempre sob supervisão), associada a uma atividade teórica mínima de sistematização compõem um estágio curricular insubstituível no treinamento profissional do futuro médico. A Residência Médica daria continuidade a esse processo de formação, iniciado no Internato, por meio do treinamento prático em combinação com conhecimentos mais especializados (FEUERWERKER, 1998).

Apesar da carga horária e importância do treinamento clínico do estudante no Internato, ele não tem sido suficiente para garantir a terminalidade do curso médico e seguir as recomendações específicas das DCN para este período.

Na falta de integração com os serviços, os médicos que desenvolvem as atividades de preceptoría em muitos hospitais da rede de serviços não recebem estímulo nem orientação para atualização e capacitação pedagógica para se responsabilizarem pela formação do aluno.

Como, na maioria dos casos, o único critério de aprovação do estágio é o controle da sua frequência, o aluno permanece o mínimo necessário no Internato para poder se dedicar ao preparo dos exames de Residência, correndo o risco de desperdiçar um período importante e essencial da formação médica.

Em algumas instituições formadoras, inclui-se no Internato uma área específica de Emergência – Medicina Intensiva para cuidado com paciente gravemente enfermo. A formação, nesta área, permite desenvolver habilidades de reconhecer o paciente grave, referenciá-lo de maneira apropriada a uma UTI, iniciar precocemente intervenção em situação de emergência, executar procedimentos, desenvolver habilidades de comunicação, liderança, integração dos conhecimentos básicos com os clínicos e de discutir aspectos éticos (PIERRE, 2004).

Todo médico, independentemente de sua especialidade, deve estar familiarizado com os cuidados básicos ao paciente crítico e a aquisição desta competência básica auxilia a formação generalista do futuro profissional.

As DCN - Art.5º-XIV - enfatizam a importância de se incluir o atendimento em emergência no currículo da formação médica.

A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico. (BRASIL, 2001)

A crescente demanda por serviços nesta área, nos últimos anos, é decorrência do crescimento do número de acidentes e da violência urbana, do aumento da longevidade da população e dos procedimentos e terapias médicas mais invasivas (cruentas), que necessitam de cuidados intensivos, e da insuficiente estruturação da rede básica de saúde, fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga nos serviços de Emergência e Medicina Intensiva disponibilizados para o atendimento da população. O aumento dos casos de acidentes e violência tem forte impacto sobre o SUS e o conjunto da sociedade. Na assistência, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar deste perfil de

pacientes. Na questão social, isto pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) devido a acidentes e violências nos últimos anos, comparados àqueles decorrentes de causas naturais, cujo índice encontra-se em queda (BRASIL, 2003).

A UTI é um importante cenário de ensino-aprendizagem. Tem caráter eminentemente prático na assistência, permite maior familiarização no cuidado dos pacientes com as formas mais comuns de doenças críticas, treinamento em tomadas de decisões clínicas num contexto real, atuação em equipe multidisciplinar e para o ensino de procedimentos em temas como reanimação cárdio-respiratória, ventilação mecânica, monitorização hemodinâmica e disfunção orgânica que dificilmente encontrariam fora de uma UTI.

Existe uma série de dificuldades a serem enfrentadas pelos estudantes neste cenário, tais como o estresse emocional no cuidado do paciente grave, limitações técnicas, falta de conhecimento na sistemática e prioridades no cuidado, pouca familiaridade com doentes em situação de perigo de vida. A função do preceptor na formação do aluno adquire especial responsabilidade neste cenário (PIERRE, 2004).

No entanto, é considerada a especialidade de menor produção científica em relação ao volume de atendimento e profissionais envolvidos na área, o que pode reforçar a hipótese de baixa qualificação científica e pouca reflexão sobre a atividade destes profissionais (NASI, 2004).

Poucas faculdades incluem no seu currículo a formação em Emergência-Medicina Intensiva e os estudantes terminam a graduação despreparados para o que muitas vezes será a sua primeira frente de atuação, como recém-formados ou residentes, em grandes centros urbanos: o atendimento e plantões em Emergências e UTI.

A presente pesquisa é desenvolvida no cenário de uma UTI do Serviço de Emergência de um grande hospital público, em que se realiza um programa de Internato curricular de uma faculdade de Medicina privada.

Capítulo 2

Sustentação teórica da análise do material de campo

O material de campo, obtido de um questionário semi-estruturado aplicado aos preceptores do hospital e aos internos, foi analisado com base em um referencial teórico que permitiu compreender a função do preceptor e seu papel na formação médica. Buscou-se desenvolver uma investigação sobre a organização das práticas desses preceptores e seus entendimentos relativos a conceitos tomados como estruturantes para o desenvolvimento da sua atividade no Internato. Nesse sentido, a opção pela **Educação Permanente** e pela **relação pedagógica** como conceitos norteadores das análises pode trazer mais consistência às discussões atuais sobre essa importante figura na formação médica, entendendo, sobretudo, que sejam estes alguns dos determinantes para a consolidação de propostas inovadoras e de transformações da formação do preceptor no internato médico.

A pesquisa pretendeu identificar e analisar a prática dos preceptores, quanto aos aspectos referentes à Educação Permanente (problematização do processo de trabalho e capacidade de acolher e cuidar das dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações) e à relação pedagógica que se estabelece nesta atividade docente tendo em vista que a competência técnica inclui a capacidade de entender as relações humanas em seus diversos contextos (social, econômico, político, ético e cultural).

Eleitas como conceitos-referência, entende-se que tais concepções devam estar presentes e bem definidas no imaginário do preceptor, quando este tem a intenção de exercer a preceptoria.

Tomando, então, esses conceitos como referenciais teóricos de análise, realizou-se, entre maio e novembro de 2009, o trabalho de campo por meio de aplicação de questionários semi-estruturados com preceptores e internos envolvidos no cenário da Emergência-Medicina Intensiva (ANEXO 1 e 2) e, posteriormente, a organização de um grupo focal com parte desses preceptores e com um grupo de internos (ANEXO 3). Os questionários seguiram um modelo usado pelo projeto *Formação pedagógica dos formadores dos profissionais da saúde: a preceptoria dos Internatos em questão*,

desenvolvido pelo Laboratório de Currículo e Ensino do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde ao qual este trabalho está vinculado.

Com os preceptores, procurou-se conhecer sua trajetória profissional e acadêmica, identificar sua concepção quanto à prática da Educação Permanente e relação pedagógica, analisar como compreendem e realizam, na sua prática profissional, os pressupostos e objetivos do Internato e, por fim, definir um panorama dos desafios e possibilidades para a formação e o exercício da atividade de preceptor. Com os internos, procurou-se analisar a sua percepção em relação ao papel do preceptor na sua formação.

Durante o desenvolvimento deste estudo, os dados preliminares se mostraram insuficientes para o objetivo proposto. Foi realizado um grupo focal reunindo 5 preceptores e foi proposta uma discussão baseada no seguinte roteiro: o que significa para a vida pessoal e profissional de cada um a atividade de preceptoria, ser preceptor? E como exerce a preceptoria? Também foi realizado um grupo focal com 08 internos para ampliar a visão da relação pedagógica e da atividade de preceptoria, com informações para além do que o questionário oferecia.

Esta técnica associada aos questionários ou entrevistas tem sido recomendada nos estudos qualitativos pois podem se complementar (MINAYO, 2008). Segundo POWELL e SINGLE (1996, p.449) um grupo focal é um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é objeto de pesquisa, a partir de sua experiência profissional.

A pesquisa com esta técnica teve por objetivo captar, a partir das trocas realizadas no grupo, conceitos, sentimentos, atitudes, experiências e reações de um modo que não seria possível com outros métodos, como a observação, entrevista ou questionários. Comparado ao uso do questionário, o grupo focal propicia uma exposição mais ampla de ideias e perspectivas, permite trazer à tona respostas mais completas e permite verificar a lógica ou as representações que conduzem a resposta. Ela permite fazer emergir uma multiplicidade de pontos de vista, pelo próprio contexto de interação criado, permitindo a captação de significados que, por outros meios, poderiam ser difíceis de manifestar (GATTI, 2005).

Para o tratamento dos dados, utilizou-se como base a técnica de análise temática, que consiste em encontrar e sistematizar núcleos de sentido encontrados na comunicação, onde a presença ou a frequência podem ter algum significado para o objeto de análise escolhido (BARDIN, 1979). Ao longo da pesquisa, buscou-se estabelecer um diálogo entre os referenciais teóricos e os depoimentos colhidos nas respostas do questionário e nos grupos focais.

Cumprindo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da cidade do Rio de Janeiro no dia 25 de maio de 2009 (Protocolo 56/09 – CAAE: 0059.0.314.000-09). Aos participantes do estudo foram fornecidas informações esclarecidas quanto ao objetivo e à finalidade da pesquisa, com o intuito de respeitar a dignidade humana e proporcionar uma participação consciente dos sujeitos da pesquisa e, respeitando o Código de Nuremberg (1947), solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 5) para que os dados levantados fossem devidamente usados para publicação. O início da coleta dos dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

2.1 Educação Permanente

Os novos paradigmas da educação consideram que os alunos devem ser preparados para conviver em uma sociedade em constantes mudanças, serem construtores do seu conhecimento e sujeitos do processo, em que a “intuição” e a “descoberta” são mais valorizados. As transformações do mundo do trabalho exigem novos mecanismos de apropriação do conhecimento, valorizando a reflexão, a prática, os saberes da experiência, bem como ampliando as oportunidades de troca e interlocução (BATISTA, 1998). A velocidade da transformação do conhecimento, as novas demandas para a formação de profissionais, entender que o formar não se esgota em um curso ou ao final de um período de estudos e a necessidade de tomar a prática como objeto de análise, investigação e intervenção definem um panorama propício para práticas em Educação Permanente. Os professores, de transmissores da informação, passam a facilitadores do processo de aprendizagem, em que

aprender a aprender é privilégio em detrimento da memorização de fatos (BATISTA, 1998).

Essa concepção de Educação Permanente também se aplica ao trabalho do preceptor, na medida em que se realiza em espaço da prática, à beira do leito, momento em que ensinando e aprendendo com os alunos, pode se produzir um espaço-tempo em que se reflita sobre essa atividade com vistas a repensá-la, reconstruí-la com base no que se discute, isto é, com base na experiência do trabalho.

O movimento da Educação Permanente surgiu na década de 70 como o momento mais importante da ruptura crítica do modelo escolar vigente. A Educação Permanente tem um caráter contínuo, como princípio organizador de todo processo educativo e ressalta a pessoa como centro e sujeito da formação (FARIA, 2008). É gerada com base na realidade, pela sua estruturação interdisciplinar, pela agregação de novos atores (no caso os alunos, os residentes, os mestrandos e os preceptores), baseia-se em práticas reais exercidas na rede de serviços para propiciar a democratização institucional, desenvolver a capacidade de aprendizagem, de trabalho em equipe, de melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde.

Na Educação Permanente, as características do serviço e as necessidades de mudança são identificadas no processo de trabalho e nele, também, se encontram as possibilidades de transformação para a melhoria da qualidade, da integração e do nível de compromisso dos atores, entendendo-se que é no interior da própria prática que ocorrem as mudanças eficazes (ROSCHKE, 1993). Trata-se, pois, de uma visão de Educação - de uma estratégia de formação - mais duradoura, com maior possibilidade de provocar transformações da concepção do processo saúde-doença, das relações e práticas de atenção, e principalmente das pessoas.

Na literatura, encontramos ainda a Educação Permanente em Saúde como processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde (ou da formação) em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades, e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano (CECCIM, 2005).

Mas esse conceito não é novo; data dos anos 1960 a chegada da obra de Pierre Furter ao Brasil, na qual a Educação Permanente é tratada como

uma concepção para combater as bases tradicionais da educação continuada, compreendida como treinamento para adquirir novos conhecimentos, desenvolver habilidades específicas e atitudes.

Dirigia, também, uma crítica à base tecnicista do momento, em que se destacava a ênfase no domínio de habilidades referentes ao planejamento de ensino, ao conhecimento e utilização de novas tecnologias do ensino e de recursos audiovisuais, e nas habilidades ligadas à avaliação da aprendizagem. E ainda à base escolanovista que trazia a novidade das técnicas e das vivências, quase sempre desarticuladas do currículo como um todo, dos métodos e técnicas trabalhados de forma descolada dos conteúdos do ensino.

Nesse sentido, a concepção de Educação Permanente, de Pierre Furter, chega em um momento em que a situação política do país era dominada pelo regime militar, razão pela qual seus livros circularam restritamente. A leitura desses textos provoca a seguinte pergunta: Educação Permanente é o mesmo que treinamento ou se trata de uma nova estratégia de formação? E a resposta encontra-se nas próprias citações deste autor.

A necessidade de uma educação contínua, que seja uma constância na vida humana e que permita viver plenamente o nosso mundo planetário, não pode ser preenchida por um simples prolongamento da educação, nem por um maior alastramento do campo escolar. Deve tomar a forma de uma “Educação Permanente”, a partir da qual deverá ser pensada toda a educação e que obrigará os educadores a inventar novas técnicas e novos métodos adequados (FURTER, 1965, p. 118).

Ela consiste em pôr em perspectiva a formação escolar de maneira a definir e limitar o seu papel num processo que começa e continua aquém e para além dela. A Educação Permanente não tenderá a aumentar o império escolar. Visará coordenar e integrar a escola nas instituições que não têm, normalmente, uma função educativa – a não ser implícita – e em novas instituições a serem eventualmente criadas para responder às novas tarefas (idem, p.127).

Em síntese, para Furter (1965), Educação Permanente é uma nova perspectiva que leva os educadores a redefinirem toda e qualquer educação; é fonte e fundamento de todo o sistema escolar; um modo de pensar determinado pela cultura e uma estratégia cultural.

Davini, no documento sobre Educação Permanente em Saúde da OPS, assinala que a socialização profissional efetiva de uma categoria profissional,

relativa a modos de pensar e de atuar, individual ou coletivamente, completa-se e se consolida no âmbito da prática profissional. Aponta que as formas de relação social (hegemonia, processo decisório, conflito, controle do saber) e as práticas técnicas (divisão do trabalho, circuitos operativos, saber fazer) são construídas historicamente e funcionam como matriz de aprendizagem nos locais de trabalho, com uma importância maior do que qualquer coisa aprendida no processo escolar normal (DAVINI, 1994).

No campo da saúde, o Ministério, em 2004, assume essa concepção por meio da Portaria nº 198, com a finalidade de “efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde (...), entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde” (BRASIL, 2004).

A Educação Permanente é **aprendizagem no trabalho**, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004, grifo nosso).

No dia 09 de agosto de 2007, foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde a minuta da Portaria que dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, **os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde**. A implantação desta Política implica em trabalho intersetorial capaz de articular desenvolvimento individual e institucional, ações e serviços e gestão setorial, e atenção à saúde e controle social (BRASIL, 2007, grifo nosso).

Educação Permanente é, então e ao mesmo tempo, uma estratégia de formação e um conceito estratégico para compreender e realizar o processo de formação.

2.2 Relação pedagógica

A relação pedagógica se encontra no agir humano, na resolução dos problemas da existência humana, mostrando a capacidade de o homem conhecer e estar aberto para o outro, tomando atitudes diante da realidade, aprendendo a fazer com o outro. É um processo originado no exercício da capacidade do homem relacionar-se com sua experiência cultural, possibilitando-lhe agir segundo um comportamento adquirido (TEIXEIRA, 2007).

Neste processo, por meio da capacidade de aprender, o ser humano adquire experiências culturais que criam condições de desenvolvimento sensório-motor, afetivo, social, ético, intelectual etc. e, internamente, alcança autonomia no desenvolvimento destas dimensões para tornar-se condutor do seu processo de humanização.

Ao mesmo tempo, são necessários interesses comuns para se conseguir os resultados no pensar, agir, buscar a origem de determinadas situações ou fenômenos, e sempre deve estar comprometida uma relação de confiança para alcançar a realidade, abrir caminhos para as inquietações da humanidade, uma vez que a educação se encontra na vida humana (TEIXEIRA, 2007).

Nessas relações, há que se considerar as que se estabelecem entre o preceptor e o aluno, sobretudo na fase da formação em que a proximidade entre eles é mais intensa: a do Internato. E, nesse sentido, cabe compreender como elas ocorrem, podendo se afirmar que, por serem relações de trocas intencionais, realizadas em ambiente acadêmico, caracterizam-se como relações pedagógicas.

Os processos educacionais só terão eficácia se conseguirem, junto com os processos de cognição, operar mudanças também nas subjetividades dos trabalhadores (FRANCO, 2007).

O estudo da CINAEM explicitou as relações que atuam na educação médica, afirmando que não se pode desconhecê-las. A relação pedagógica desenvolvida pelo professor, junto com a estrutura econômica por onde o professor se insere e os recursos humanos que incluem a concepção de

ciência formam um conjunto que determinam o processo de formação de médicos (CINAEM, 1999; URTIAGA, 2002).

Segundo Vasconcellos (1995), a interação intencional - planejada, responsável, entre aluno, professor e objeto de conhecimento - configura a essência da relação pedagógica. Mediada pelo conhecimento, essa relação permite o alcance da lógica própria das diversas áreas, numa construção inovadora, mobilizando o envolvimento e o comprometimento de alunos e professores no processo de compreensão da realidade e do seu campo profissional nela. Para isso, o desenvolvimento do raciocínio, a precisão de conceitos básicos, o crescimento em atitudes de participação e crítica perante os conhecimentos constituem objetivos essenciais do processo de ensino e aprendizagem.

Decorrem daí os atributos/competências da função docente, dentre os quais o preocupar-se com a dimensão interpessoal do relacionamento professor-aluno, o ser autêntico e consciente do significado de sua atuação como referência ao futuro profissional (BATISTA, 1998).

Esse envolvimento – que vem sendo nomeado preceptorial – não só é recente como exige o acréscimo de uma formação/aculturação pedagógica para além das funções técnicas que lhe são atribuídas (TRAJMAN, 2009, p. 25).

A relação preceptor-aluno é de ensino e de aprendizagem, tanto dos procedimentos médicos como das condutas com os pacientes; portanto, é pedagógica e deve cumprir os preceitos de toda relação pedagógica: ética, compromisso, potencialização da aprendizagem, melhoria da predisposição para ouvir etc.

Tomando esses conceitos como referenciais teóricos de análise, realizou-se o trabalho de campo por meio de aplicação de questionários semi-estruturados e entrevistas com preceptores e internos envolvidos no cenário da Emergência-Medicina Intensiva. Com os preceptores, procurou-se conhecer sua trajetória profissional e acadêmica, identificar sua concepção quanto à prática da Educação Permanente e relação pedagógica, analisar como compreendem e realizam, na sua prática profissional, os pressupostos e objetivos do Internato e, por fim, definir um panorama dos desafios e possibilidades para a formação e o exercício da atividade de preceptor. Com os

internos, procurou-se analisar a sua percepção em relação ao papel do preceptor na sua formação. Enfim, os questionários, com finalidades distintas, cumpriram seus papéis, não tendo sido possível cruzar todas as respostas.

Capítulo 3 – Preceptor e preceptoria em emergência

3.1 Quem é esse preceptor da emergência e o que ele faz?

A UTI do Serviço de Emergência do hospital-cenário da pesquisa conta com 18 médicos, sendo que 14 realizam a atividade de preceptoria e 4 médicos plantonistas realizam somente plantões noturnos e não têm contato com internos. A unidade possui um médico, professor da faculdade de medicina e responsável pela coordenação do internato, com atribuições de elaborar o programa, supervisionar o atendimento, controlar a frequência dos alunos e acompanhar as atividades teóricas (equivalente a 20% da carga horária). As atividades teóricas consistem em apresentação de seminários, discussão de casos e de artigos científicos (ANEXO 4).

Desde janeiro de 2005, por meio de um convênio da Secretaria Municipal de Saúde e uma universidade privada, um grupo de aproximadamente 25 alunos passa 12 semanas neste módulo de internato em Emergência e Medicina Intensiva.

O atendimento realizado pelo interno segue um protocolo que envolve a leitura do prontuário, o exame do paciente monitorizado, coleta de exames, registro no prontuário das tarefas realizadas e elaboração da prescrição. Desde a leitura do prontuário até a discussão do plano terapêutico, o interno é acompanhado e discute todas as condutas com o preceptor. A avaliação, exame e conduta terapêutica procuram seguir um padrão na unidade e todos os casos são apresentados e discutidos com a equipe. A atividade acadêmica dentro do hospital exigiu que houvesse melhor organização das atividades: horário para avaliar o paciente e não interferir com os cuidados da enfermagem, ordem nas anotações e prontuários, preparo do caso e apresentação para discussão em *round*.

Neste contexto prático, à beira do leito, procura-se estimular a reflexão sobre a prática mais do que a aplicação da teoria. O preceptor tem papel importante ao levantar os problemas relevantes, contextualizar e individualizar

o tratamento, ser tomado como modelo na atenção humanizada ao doente, auxiliar o interno a buscar a explicação dos problemas e a evidência científica mais apropriada para cada situação.

Todos os 14 preceptores responderam aos questionários, o que permitiu obter um perfil da população estudada. Desse total, oito (52%) são do sexo feminino, a idade varia de 25 a 45 anos. Seis (42%) concluíram o curso de graduação em universidade pública.

A formatura na graduação ocorreu entre 1987 a 2005, deixando a suposição que a maioria dos preceptores foram formados segundo o modelo biomédico. Quatro preceptores (28%) realizam atividade de preceptoria em ambulatórios e enfermarias, além da emergência.

Todos possuem pós-graduação: oito em nível de residência, cinco são especialistas e um em nível de mestrado. As especialidades a que se dedicam são: terapia intensiva, clínica médica, neurologia, pneumologia, endocrinologia e cardiologia.

Todos trabalham no serviço público com vínculo empregatício, sendo que 10 possuem outro vínculo público e nove atuam em hospital geral e ambulatório. Oito (57%) preceptores trabalham na iniciativa privada com cargo de direção, rotina ou em consultório.

A tendência da formação para a especialização, principalmente do médico que atua nos hospitais em grandes centros urbanos, como o Rio de Janeiro, fica apontada nestas respostas, bem como o fato de possuir vários vínculos empregatícios.

Sobre a opção pelo exercício da preceptoria, nove preceptores (85%) alegam que ingressaram na atividade por determinação da chefia, dois por escolha própria, dois pela dinâmica do serviço e um pela característica do setor.

O excerto da fala de um participante do grupo focal apresentado a seguir é ilustrativo para esta situação a que experimentam os preceptores.

Algo que poderia ser ressaltado é que isso ninguém combinou com ninguém. Não existe forma, não digo só de dinheiro não, mas digo, isso está sendo feito no dia-a-dia e não existe um script, um programa. Não avisaram. E aí acabam envolvendo gente que gosta, que não gosta ou que é indiferente. O que eu acho que seria muito melhor, teria um benefício muito maior e o resultado melhor, se fosse incluído num programa.

Nenhum preceptor recebe gratificação salarial pela atividade que realiza com os internos. A preceptoria ainda é vista como uma tarefa justaposta ao trabalho e não como ocasião de aprimorar a prática, desenvolver a capacidade de, simultaneamente, ensinar e assistir no momento em que participa na formação de um futuro médico.

É o médico com um acadêmico te acompanhando e você vai ensinando aquilo no dia-a-dia para ele, mas não fica uma coisa assim pedagógica, porque na verdade a gente está trabalhando, e a gente está aproveitando o momento que a gente está trabalhando para ensinar a pessoa que está ao seu lado e aí tudo isso depende também do interesse do acadêmico que estiver contigo.

Muitas vezes você está ensinando o acadêmico e está internando um doente, ou precisa ir ao laboratório. Talvez se você tivesse uma dedicação total, ou dar um dia para o plantonista X para só ensinar, outro período para outro plantonista, melhoraria a qualidade do ensino.

Se tivéssemos um horário, um dia para uma maior dedicação, mais exclusiva, poderia ser melhor, estimularia e daria opções para as pessoas se dedicarem a isso.

Seria melhor que um médico, neste dia, pudesse se dedicar somente à preceptoria, para fazer só isso. Rever prontuários, discutir com os alunos.

Identifica-se uma parcela pouco significativa de preceptores que cumprem um dos preceitos da EP, considerando sua atividade como um momento em que, ensinando e aprendendo com os alunos, pode se produzir um espaço-tempo em que se reflita sobre essa atividade com vistas a repensá-la, reconstruí-la com base no que se discute, isto é, com base na experiência do trabalho. E isso se confirma pela indicação dos principais tipos de atividades que desenvolvem com os alunos: demonstração de técnicas e procedimentos realizados, exame do paciente, explicação oral e seminários, revisão e estudo dos prontuários. Entretanto, essas atividades não resultam em produção científica, na medida em que nenhum dos preceptores respondeu que elabora pesquisa com os internos.

Talvez outros gostem mais do que eu, se empenham mais, como por exemplo: dar artigos para as pessoas lerem. Eu não faço isso, mas procuro explicar à beira do leito e justificar as condutas. Tudo vai sendo feito sem nenhuma programação

A gente está na unidade para trabalhar e a gente orienta o acadêmico durante o nosso trabalho, naquilo que a gente está fazendo. Tenho sempre esta disposição, sem nenhum problema.

A construção do conhecimento se dá por meio da prática da pesquisa. A pesquisa estimula o espírito crítico do aluno e a sua análise quanto à evolução do conhecimento. Ensinar e apreender só ocorrem significativamente quando decorrem de uma postura investigativa de trabalho. É no âmbito do processo educativo que mais intimamente se afirma a relação entre a teoria e a prática. Essencialmente, a educação é uma prática, mas uma prática intencionalizada pela teoria.

Indagados sobre quais atividades ou ações costumam realizar com os alunos, incluídas as opções de indicar leituras complementares, ou discutir artigos ou capítulos de livros, dois preceptores as realizam, o que pode confirmar a ideia que se tem da atividade de preceptoria: responsabilizar-se pelo treinamento técnico do interno, sem maior comprometimento com as atividades eminentemente científico-acadêmicas. Não é casual que o principal tipo de atividade descrita no atendimento ao paciente grave é o trabalho em equipe do preceptor com os alunos na assistência, no exame, em discussão do caso e na elaboração do plano terapêutico. Somente dois preceptores responderam que desenvolvem o trabalho em equipe envolvendo alunos e o professor, e um preceptor respondeu que prefere o trabalho isolado com aluno.

O desenvolvimento profissional dos professores – e aqui toma-se a preceptoria como uma atividade docente - é objetivo de propostas educacionais que valorizam a sua formação não mais baseada na racionalidade técnica, que os considera meros executores de decisões alheias, mas em uma perspectiva que reconhece sua capacidade de decidir. A transformação da prática do professor decorre da ampliação de sua consciência crítica sobre essa mesma prática.

Ter a coisa melhor organizada, não quer dizer que tenha a melhor prática, mas temos noção que pode melhorar.

A preceptoria em emergência e medicina intensiva, ao formar o aluno num contexto prático, nem sempre totalmente programado e previsto, desafia continuamente o preceptor a adaptar ou aplicar a melhor prática didático-pedagógica para estar em determinadas situações, razão mais que suficiente

para que essa prática seja permanentemente acompanhada de momentos de reflexão.

Se existe um caso interessante, falo com os acadêmicos, e começo a discutir aquele caso, puxar um pouco o raciocínio dele, o que já sabe dele, e tentar ensinar o acadêmico a raciocinar.

É importante discutir para perceber se ele está realmente acompanhando o caso.

Algumas vezes é necessário conseguir ponderar, equilibrar a ansiedade do acadêmico. Ele pode estar preocupado em fazer procedimentos, puncionar. E isto, muitas vezes, não é o mais importante, mas sim entender o que está acontecendo para depois ele partir para procedimentos mais invasivos.

A presença dos internos levou a uma elaboração de protocolos de atendimento, uma organização mais adequada do serviço e a uma melhor assistência.

A preceptoria nos faz estudar e procurar soluções da nossa prática.

A partir do momento que tem um estudante questionando, tem um estímulo para estudar mais, dedicar mais, poder ajudar melhor o estudante.

Ao mesmo tempo que é bom para o serviço. Você consegue padronizar as rotinas do serviço, alguns procedimentos, a gente sente que o serviço tem uma dinâmica melhor.

Estimula a gente a continuar estudando e continuar se aperfeiçoando, e o serviço funciona bem melhor quando tem acadêmico,

É sabido que o centro que tem a presença do acadêmico, interno e residente a tendência que o nível de qualidade seja melhor do que o serviço que não o tenha. Porque estimula você a ser perguntado, puxado a estudar. Mesmo eu que estou um pouco mais afastado da especialidade, pego o livro, dou uma lida, para responder para o interno.

E quando você tem um acadêmico, multiplica exponencialmente, porque além de tratar bem o doente, você vai ensinar o interno. E da forma que tratar, a aluno vai tratar os outros pacientes. Eu acho que quando tem acadêmicos no seu plantão, você tem que explicar os casos, torná-los mais interessados, estimulá-los a sempre estudar, talvez você consiga mudar um pouco este perfil. E você trata melhor o doente. Você estuda mais. O aprendizado é contínuo e com eles, os internos, isso acaba se tornando obrigatório, porque eles fazem perguntas.

Acho que a formação, a presença dos acadêmicos faz com que você tenda a melhorar.

A atividade profissional de todo preceptor possui uma natureza pedagógica, isto é, vincula-se a objetivos educativos de formação humana e a processos metodológicos e educacionais de transmissão e apropriação de saberes e de modos de ação. Os resultados apontam que os preceptores valorizam mais a sua atividade de auxiliar os alunos a examinar o paciente e realizar procedimentos, dentro de uma racionalidade tecnicista, sugerindo que não se fazem espaços que permitam refletir sobre esses processos de trabalho, o que poderia reforçar essa natureza pedagógica da atividade de preceptoria.

Um exemplo prático e acho que se faz bem aqui, é que eles chegam crus. Essa coisa de fazer a anamnese, que se insiste com os internos, de preencher direito a folha, calcular o balanço hídrico etc. Certamente eles absorveram isso tudo aqui. Vão lembrar que alguém disse.

No atendimento, procuro ler junto o prontuário, para ver a história desde o início, prescrição dos antibióticos, tentando elaborar um raciocínio clínico direcionado. Os casos são sempre bem discutidos e, finalmente, realizo com eles o exame à beira do leito. Sempre me chamam para avaliar algo diferente, palpar algo que os deixou em dúvida etc.

Procuro, principalmente com os acadêmicos que ficam comigo no plantão, dar o que eu nunca tive: uma orientação prática do como se deve fazer e fazer uma coisa mais teórica dando artigos para discussão.

Estar disponível, apto a responder, tirar as dúvidas, ajudar nos procedimentos, acho o mais importante.

Dar artigos para as pessoas lerem, eu não faço isso, mas procuro explicar à beira do leito e justificar as condutas. Vai sendo feito sem nenhuma programação.

Estabelecendo-se uma relação pedagógica, o preceptor pode realizar com o aluno uma ação auto-reflexiva com o componente do fenômeno que estuda, pôr-se em relação e em diálogo com os outros campos de conhecimentos construídos e em construção, numa perspectiva multi e interdisciplinar sob vários olhares, proceder a constantes balanços críticos do conhecimento produzido no seu campo (técnicas, métodos, teorias), para dele se apropriar, criar novos diante das novas necessidades que as situações de ensinar produzem.

Daí você vê a nossa importância com os acadêmicos. Quando você consegue transmitir a mensagem, o raciocínio, eles dizem: “Caramba! Acontece mesmo. Não imaginava que era assim”. Você vê a cara de

felicidade deles. Eles chegam muito crus. Quando você consegue dar alguns caminhos para o raciocínio, nitidamente você percebe que eles começam a se interessar. Parece que ele nunca teve uma oportunidade de alguém poder ensinar isso.

Para todos os preceptores investigados, a partir dos registros da discussão do grupo focal, esta pesquisa constituiu-se na primeira oportunidade de refletirem sobre seus percursos de vida de formação acadêmica e a atividade de preceptoria, e sistematizarem para si próprios, incluindo aí a percepção de como esses aspectos vêm determinando seu modo de ser, suas dificuldades, seus limites e possibilidades em ser professor.

Acho que seria fundamental que a gente fosse reconhecido como preceptor. Na prática, algumas faculdades particulares do Rio de Janeiro, fazem um convênio com a Secretaria, mandam os alunos para os hospitais como o Souza Aguiar, onde os médicos não estão preparados, não ganham, e não são reconhecidos por isso, mas todos se transformam em professores da universidade.

Outra coisa seria conseguir com a experiência, refletir melhor a nossa prática, mas só o fato de a gente ser reconhecido como preceptor já ajudaria. Independente da questão financeira, não é?

Não existe preparação nem exposição de um plano pedagógico pela instituição conveniada. Não recebem qualquer orientação sobre processos de planejamento, metodológicos ou avaliativos, não têm de prestar contas, fazer relatórios, como acontece normalmente nos processos de pesquisa, estes, sim, objeto de preocupação e controle institucional. Disto resulta uma integração dos preceptores referida mais à assistência e não ao acompanhamento e avaliação do ensino-aprendizado do interno ou à articulação entre os necessários saberes e práticas integradoras.

E acho também que todos nós deveríamos ter uma formação, uma abordagem toda de como seria a preceptoria, como se educa, para educar melhor, como explicar melhor, para a coisa mudar. Isto também envolve muita responsabilidade.

O planejamento da atividade ocorre por construção em equipe para quatro preceptores, construção própria para oito deles, sem construção para dois. Portanto, 50% dos preceptores pesquisados planejam a atividade por construção própria, a partir da própria experiência como alunos.

A gente vai ensinando aquilo no dia-a-dia para ele, mas não fica uma coisa assim pedagógica, porque na verdade a gente está trabalhando, e

a gente está aproveitando o momento que a gente está trabalhando para ensinar a pessoa.

Para PIMENTA (2008),

O professor universitário aprende a sê-lo mediante um processo de socialização em parte intuitiva, autodidata ou (...) seguindo a rotina “dos outros”. Isso se explica, sem dúvida, devido à inexistência de uma formação específica como professor universitário. Nesse processo, joga um papel mais ou menos importante sua própria experiência como aluno, o modelo de ensino que predomina no sistema universitário e as reações dos seus alunos, embora não há que descartar a capacidade autodidata do professorado. Mas ela é insuficiente (p. 36).

Esta reprodução da transmissão da lógica do conhecimento teórico e estruturado, assimilado no ambiente acadêmico, sofre uma fratura com o mundo real ao tentar se articular com a prática. A realidade é mais complexa, incerta, singular e conflituosa, extrapolando a racionalidade técnica e instrumental. “O que mais se necessita é ensinar os estudantes a tomar decisões sob condições de incerteza, a lidar com a ambiguidade.” (RIBEIRO, p. 295).

A respeito da atualização de conhecimentos, todos os preceptores participam de eventos científicos: 8 deles a cada semestre e 6 pelo menos uma vez ao ano, seja em eventos regionais ou nacionais. Esse dado permite admitir que a maior parte dos preceptores busca seu aperfeiçoamento por meio da educação continuada, que ressalta a pessoa como centro e sujeito da formação, e visa a atualização técnico-científica. E isso se justifica, na medida em que a medicina como um todo, e a Emergência e Medicina Intensiva em particular, têm ampliado seu campo de conhecimento, e a atenção ao paciente grave demanda um conhecimento constantemente atualizado. Por outro lado, levanta a suspeita de que a Educação Permanente pode não ser compreendida como princípio organizador de todo processo educativo - considerando-se que ela se baseia em práticas reais exercidas na rede de serviços e não em cursos pontuais e específicos - para propiciar a democratização institucional, desenvolver a capacidade de aprendizagem, de trabalho em equipe, de melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e acaba por não se constituir em estratégia de formação.

Por outro lado, a educação continuada por meio da atualização científica não contempla todos os aspectos fundamentais para a qualificação das práticas de saúde. CECCIM e FEUERWERKER (2004) defendem uma formação em saúde que abranja aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento, e o adequado conhecimento do SUS para a transformação das práticas e da organização do trabalho, tendo a Educação Permanente como princípio organizador deste processo educativo.

A criação de conhecimento fora do ambiente acadêmico é ainda limitada, principalmente pela ausência de estruturas de suporte da universidade e pela orientação ativista prevalente nos contextos da prática. A criação de parcerias entre a academia e outras instituições não-universitárias pode aproximar a universidade aos contextos reais da prática e dos problemas concretos enfrentados pelos profissionais no mundo do trabalho (ERAUT, 1994), podendo resultar na produção de novos conhecimentos.

E cada um acaba fazendo do jeito dele e ninguém explica qual a melhor maneira.

Ao serem indagados sobre as características do bom preceptor, apontaram: postura ética e de compromisso com o serviço que presta (100%), domínio do conhecimento da especialidade (89%), disposição para discussão dos casos em andamento (89%), capacidade de criar empatia com os alunos ou facilidade de se comunicar com os alunos (78%), autoridade para garantir o funcionamento do serviço (78%). O preceptor parece ter presente que a sua atividade extrapola a mera assistência ao paciente, ao assumir a responsabilidade de ser preceptor de um aluno. Isto pode repercutir numa melhor assistência na medida em que necessita demonstrar compromisso e postura ética.

É num contexto complexo que se faz necessário ressignificar a identidade do professor. O ensino, a atividade característica dele, é uma prática social complexa, carregada de conflitos de valor e que exige posturas éticas e políticas. Ser professor requer saberes e conhecimentos científicos, pedagógicos, educacionais, sensibilidade, indagação teórica e criatividade para encarar as situações ambíguas, incertas, conflituosas e, por vezes, violentas, presentes nos contextos escolares e não escolares (PIMENTA, 2008, p. 16).

Essas características de um bom preceptor configuram o que aqui se considera uma relação pedagógica, ou seja, como afirmado anteriormente, uma relação que se encontra no agir humano, na resolução dos problemas da existência humana, mostrando a capacidade de o homem conhecer e estar aberto para o outro, tomando atitudes diante da realidade, **aprendendo a fazer com o outro.**

Para mim, aumenta a responsabilidade ao orientar pessoas que ainda vão se formar. Ter responsabilidade em termos de reconhecer as deficiências do acadêmico, auxiliar nas dificuldades, tirar dúvidas, procurar ajudar quando necessário e dar informações esclarecedoras.

Quanto ao exercício da preceptoria, alegam que as dificuldades estão relacionadas principalmente com hospital e sua gestão (43%), com os alunos (36%), com os professores e os departamentos (21%).

Nesse aspecto, os médicos entendem que a realização satisfatória de sua prática depende de condições que estão sob a responsabilidade de outros, a quem cabe, portanto, a responsabilidade de resolvê-los. Em outras palavras, boa parte dos problemas que enfrentam cotidianamente é estranha ao campo de sua competência profissional, à sua *expertise*. A esse respeito, Ribeiro (2004) afirma que a Educação Permanente propõe o desafio de uma nova abordagem da relação teoria-prática, em contexto de trabalho coletivo nos quais assuma a natureza complexa e incerta dos problemas com que os profissionais se defrontam (RIBEIRO, 2004).

Apenas um preceptor possui formação pedagógica obtida no período que cursou o mestrado em uma universidade pública. Estudos apontam que a incorporação dos cenários de prática na graduação em saúde exigida pelas DCN, além de dar o toque de realidade do mundo do trabalho aos profissionais egressos, requer formação docente dos profissionais que irão compor esta relação de ensino-aprendizagem com os estudantes (ALMEIDA, 2008; BARELLI, 2009).

Oitenta e seis por cento consideram que faz parte do papel do profissional de saúde do SUS participar na formação do estudante e o mesmo percentual participaria de um curso semi-presencial com objetivo de aprimorar sua prática de educador (capacitação didático-pedagógica), o que demonstra uma inquietação a respeito da ausência de formação pedagógica para quem

realiza, em última instância, atividade docente e é responsável pela formação médica dos internos.

Isto pode demonstrar que a preceptoría pode fazer parte da identidade profissional, assim como as inovações científicas modificaram e compuseram novas práticas na identidade dos médicos. Os profissionais que atuam no desenvolvimento de recursos humanos, os preceptores em particular, por realizarem intermediações nos modos e organização dos processos de produção e de prestação de serviços e saúde, estão entre os que mais podem tornar possíveis as transformações necessárias à melhoria de saúde da população (SISSON, 2009).

3.2 E o que dizem os alunos

No ano de 2009, após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em 25 de maio, 78 alunos passaram pelo internato, e 66 (85%) que estavam presentes no dia da pesquisa, responderam os questionários (ANEXO 1). Todos são alunos internos do 9º ao 12º período do Curso de Medicina que permaneceram por 12 semanas no estágio, com aproximadamente 25 alunos por turma.

A grande maioria sabe o que é um preceptor (98%).

Os internos do 9º período, por estarem iniciando o período do internato, foram os que menos conseguiram identificar o preceptor, não possuíam parâmetros de comparação com preceptores de outros módulos e enfermarias, e também menor experiência prática no cuidado do paciente grave. Um problema apontado pelos alunos é a mistura de alunos de períodos diferentes, resultando na necessidade de acompanhamento, suporte e abordagem diferenciados para o conjunto de alunos em atendimento na Emergência.

A divisão das turmas é realizada pela coordenação do internato de modo que sempre há alunos do 9º período que iniciam o internato pela Emergência.

Os alunos responderam que sabem distinguir o professor do preceptor (84%) entre alternativas que lhes são dadas no questionário e definem o preceptor como profissional médico do serviço que supervisiona/orienta as atividades práticas, e que, por vezes, não são professores da faculdade. Além disso, valorizam como se fossem os seus professores:

A presença de um bom preceptor durante a graduação contribui muito para a melhora tanto da relação médico-paciente quanto a nossa postura em rounds, nos oferece o conhecimento prático da medicina.

O termo preceptor foi motivo de trabalho recente que faz uma revisão abrangente, comparando os papéis do preceptor, supervisor, tutor e mentor, procurando entender os pressupostos pedagógicos relacionados com cada um destes termos e sua pertinência e adequação à função exercida pelo profissional na formação médica (BOTTI e REGO, 2008).

O preceptor é o profissional que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática clínica. Sua ação se dá por um curto período de tempo, com encontros formais que objetivam o progresso clínico do aluno ou recém-graduado. O preceptor desenvolve uma relação que exige pouco compromisso, percebido apenas no cenário do trabalho. Tem, então, a função primordial de desenvolver habilidades clínicas e avaliar o profissional em formação (BOTTI e REGO, 2008, p. 370).

Os internos responderam que os aspectos em que mais observavam a diferença entre o preceptor e o professor foram, em ordem de frequência:

1. maneira de se relacionar com o aluno (100%)
2. compromisso com a aprendizagem do aluno (100%)
3. linguagem (49%)
4. conhecimento teórico (39%)
5. formas de avaliação (37%)
6. preocupação com aspectos éticos na assistência (25%)
7. conhecimento prático (13%)
8. assistência ao paciente (10%)
9. relação com a equipe (6%)
10. compromisso com o paciente (2%)

Estes resultados também foram encontrados em outros trabalhos (ZACHARY, 2001; SCHULTZ, 2004), demonstrando que a proximidade do preceptor com o aluno na atenção ao doente, cria uma maior interação de modo a conferir aos preceptores mais qualidades do que aos seus próprios professores, o que foi constatado no grupo focal com os alunos.

Preceptor para a gente é como mãe e filho. Ele ensina muitas coisas que às vezes a gente não aprende na faculdade.

Com o preceptor você tem mais contato do que um professor que, de vez em quando te dá aula, uma matéria. O preceptor a gente vê quase todos os dias do internato e a gente se vê como espelho de alguém que está nos ensinando.

O professor, entra na sala, escreve no quadro, dá a aula dele e vai embora. O preceptor, não. A gente está dentro do hospital, que é o lugar aonde a gente vai trabalhar, tem que se relacionar com os outros colegas e várias pessoas. Ele nos ajuda a aprender isso na prática.

A diferença do professor para o preceptor é justamente o contato. Ele é muito mais intenso com o preceptor do que com um professor, que vai dar apenas uma aula e você vai ver de novo daqui uma semana, um mês. E também por isso, como tem mais a ver com a prática, não só a teoria, normalmente quando você está com o preceptor ele tem que ter mais paciência, mais dedicação, e é claro que é difícil. Ele também é mais exigido para saber se estamos aprendendo ou não. São muitos alunos, é muita gente para dar atenção.

Comparando os dados, constata-se que enquanto os preceptores priorizam o atendimento ao paciente grave, procurando durante a assistência ensinar o interno, do ponto de vista do interno eles valorizam o que aprendem com o preceptor mais do que a prática da assistência que observam e vivem com esses profissionais.

Quando perguntados se qualquer médico poderia assumir o papel de preceptor, 90% responderam que não, e justificaram:

O médico deve ter aptidão para ser professor: didática, paciência, conhecimento...

Porque é necessário conhecimento pedagógico para que se cumpra os objetivos esperados.

Nem todos os médicos possuem uma linguagem adequada, não conseguem desenvolver uma boa relação com o aluno e com isso, não é possível motivar, integrar o aluno, nem promover discussões.

Porque para ser preceptor é ideal que se tenha didática e principalmente vontade de ensinar e paciência para escutar.

Porque, apesar dos preceptores não serem professores, eles devem ter o mínimo de paciência, educação e vontade de fazer com que a medicina melhore. Nem todos os médicos têm essa qualidade.

Porque é preciso didática, raciocínio linear e eloquência. Leia-se: se fazer entender.

Curiosamente, como vimos, os médicos são alocados no serviço que recebe internos (Emergência nesse caso) por determinação da chefia, sem qualquer critério pedagógico, e se tornam preceptores.

Instigados a responderem quais as características que consideravam para ser um bom preceptor os internos apontaram, em ordem de importância,

1. compromisso com a aprendizagem do aluno
2. domínio de conhecimentos teóricos
3. capacidade de motivar o aluno para a sua aprendizagem
4. assiduidade
5. capacidade de promover discussões de casos e reuniões clínicas
6. sensibilidade com os alunos
7. sensibilidade com os pacientes
8. disponibilidade para esclarecer dúvidas
9. capacidade de orientar a busca da explicação de um problema
10. interação com a equipe de saúde
11. avaliar continuamente o desempenho do aluno durante o internato
12. conhecimento do seu papel de preceptor
13. integração com professores
14. capacidade para contornar dificuldades cotidianas
15. pontualidade
16. capacidade de integrar as dimensões biológica, psicológica e social dos pacientes
17. capacidade de integrar os alunos sob sua supervisão
18. disponibilidade para circular em diversos cenários do Hospital

Como se pode perceber, o compromisso com a aprendizagem foi o item mais assinalado, seguido do domínio de conhecimentos teóricos, demonstrando a preocupação dos internos em relação à qualidade da sua formação e à responsabilidade que colocam nas mãos dos preceptores. Esses, sim, devem ter os conhecimentos teóricos para serem usados na prática assistencial, conforme as expectativas dos estudantes. O estudante parece ainda exigir o modelo tradicional na atividade da preceptoria: a mesma aula teórica só que na beira do leito. Isso se confirma pela posição de 5º lugar na característica do bom preceptor: capacidade de promover discussões de casos e reuniões clínicas. Chama a atenção, também, a pouca importância atribuída a alguns aspectos preconizados nas DCN (interação com a equipe de saúde, capacidade para contornar dificuldades cotidianas, capacidade de integrar as dimensões biológica, psicológica e social dos pacientes, disponibilidade para circular em diversos cenários do Hospital) o que reflete um certo conflito entre as expectativas do pesquisador e as dos internos. Pode-se atribuir este conflito

ao histórico interesse dos internos pela prova de residência, o que os afasta dos objetivos do Internato. Outra razão pode estar na escolha precoce da especialização: o interno, na maioria das vezes, já escolheu sua especialidade e o atendimento em emergência torna-se desinteressante. Cabral e Brant (2004) afirmam que embora essa escolha seja reconhecida pelos movimentos da educação médica das últimas décadas como prejudicial à formação do futuro médico, na prática tem se mostrado cada dia mais frequente e até mesmo tem sido estimulada pelos atores da escola médica.

Os internos responderam como *importante, estimulante e fundamental* a contribuição do preceptor na sua formação.

Acho muito importante, pois muitos preceptores influenciam a carreira e o modo de agir de seus alunos.

É de fundamental importância na parte prática do curso.

O preceptor contribui muito para a formação médica já que ele nos fornece uma visão prática da medicina, muitas vezes não encontrada nos livros.

Importante, uma vez que eles direcionam as atividades para temas importantes e tem como papel estimular nossa curiosidade e vontade de aprender.

Contribui de forma que me fez raciocinar a prática vista na emergência e na UTI com os conhecimentos teóricos já adquiridos, além de nos estimular a saber mais sobre a teoria.

Gostei muito, pois o preceptor cobrou de mim quando necessário, fazendo com que melhorasse como futuro médico e pessoa.

Preceptores são profissionais essenciais no desenvolvimento de qualquer atividade docente que envolva a reflexão sobre uma atividade prática como o internato médico. Destaca-se, por meio do grupo focal com os alunos, a percepção ampliada desta observação e o estabelecimento de uma verdadeira relação pedagógica:

A medicina tem que ter prática. Muitas vezes você vê a coisa no livro e para saber reconhecer aquilo no paciente você precisa de uma pessoa que já tenha visto aquilo para falar isso aqui corresponde a isso.

Quantas vezes o livro te fala pode ser isso ou aquilo, e que nenhum tratamento está dando certo. Aí você chega no hospital o preceptor te fala: eu gosto de fazer assim, eu me dei bem tratando dessa maneira. Não adianta só estudar. A gente precisa do preceptor.

Tive uma paciente com cornagem e ninguém estava percebendo. Aí desceu um médico da UTI e perguntou: - De onde vem esse barulho? Eu nunca tinha visto aquilo e ele me falou: - Você já leu sobre edema de glote. Ela faz esse ruído. Mas se você nunca tivesse ouvido aquilo nunca saberia reconhecer. E se não tivesse aquela pessoa capacitada ali que reconhecesse e me chamasse, eu nunca iria saber. Se fosse uma psicóloga ou outro profissional não médico, não saberia reconhecer.

Essa percepção dos internos coincide com a dos preceptores quando afirmam que a sua atividade extrapola a mera assistência ao paciente, e assumem a responsabilidade de ser preceptor de um aluno. Para o interno,

(...) querer pegar o aluno como um filho mesmo e falar: vem cá, vamos sentar e ler este prontuário e explicar: você sabe o que é isso? E sabe por quê? Por que ele teve a insuficiência renal? Pegar o aluno e mostrar para ele: foi por causa disso. Indicar o caminho que ele pode usar para chegar ao resultado, ao diagnóstico ou ao tratamento daquela doença que ele viu na emergência. Estar mostrando um caminho na prática médica.

Os internos diferenciam o preceptor do professor e identificam naquele a necessidade de uma melhor habilitação na tarefa docente: a capacitação pedagógica. Tal como afirma Pimenta (2008) em relação à tarefa docente, é necessário ressignificar a identidade do professor pois, para ensinar, o professor necessita de conhecimentos e práticas que ultrapassam o campo de sua especialidade. O novo papel da docência no ensino superior, e na preceptoria em particular, exige assumir o ensino-aprendizagem como mediação, conhecer e aplicar estratégias e metodologias ativas de ensinar e aprender, apoiar os estudantes na busca e no alcance da perspectiva crítica dos conteúdos e das práticas, aperfeiçoar a linguagem, a comunicação verbal e não-verbal, assimilar as novas tecnologias, avaliar e auto-avaliar-se de maneira sistemática e formativa, ser criterioso no seu *feedback* aos estudantes e integrar no exercício da docência-discência a dimensão afetiva (KOMATSU, 2002).

Capítulo 4

Considerações Finais

A pesquisa apontou por meio da análise dos dados obtidos com preceptores e internos que a preceptoría é uma atividade de ensino necessária que favorece um processo de construção de conhecimento mais significativo à formação humana e profissional dos alunos.

No entanto, a importância dos preceptores e o reconhecimento do seu trabalho de ensino parecem ser relegados a plano secundário tanto pela instituição universitária como pelo serviço.

Do ponto de vista do preceptor, ele se valoriza e se considera um profissional com experiência, especialista, mas sem capacitação pedagógica. Seu aprendizado se realiza principalmente pela estratégia de educação continuada e procura realizar a sua atividade de preceptoría de maneira responsável, embora de modo autônomo, sem qualquer vínculo, planejamento ou avaliação da instituição de ensino.

Já os alunos consideram fundamental o aprendizado no internato por meio da figura dos preceptores. Valorizam mais esta atividade do que a dos seus próprios professores em sala de aula. Acreditam que qualquer médico não pode ser um preceptor e identificam como característica importante para um bom preceptor a sua capacidade de estabelecer uma relação pedagógica e não somente um aprimoramento técnico-científico.

A capacitação em aspectos pedagógicos mostrou-se, então, como um dos fatores relevantes para o fortalecimento da parceria das atividades de ensino com a unidade de saúde, e da atuação dos profissionais como preceptores dos alunos, melhorando o atendimento e a qualificação dos profissionais.

Considero que esta formação pedagógica deve ter como meta compreender o que significa um processo dialógico de ensino-aprendizagem, por meio da adoção de um modelo educativo e de perspectivas pedagógicas que superem a mera transmissão de conhecimentos e que levem os profissionais a extraírem das situações complexas e contraditórias de seus

exercícios profissionais diários a possibilidade de superar obstáculos e construir alternativas de solução.

Para garantir aos preceptores um processo de formação não fragmentado e que contribua para uma reflexão sistemática e bem fundamentada sobre o modelo de atenção à saúde é preciso, além do apoio institucional, uma estratégia educativa que favoreça uma perspectiva emancipadora. A reflexão crítica sobre os processos de trabalho, um dos princípios da Educação Permanente, é condição necessária para ampliar as dimensões realizadoras do trabalho na saúde.

Uma proposta que aqui fica como possível contribuição deste estudo, é a realização de cursos de formação pedagógica para preceptores do internato médico, na medida em que podem proporcionar a apropriação do campo da educação em saúde, ampliando o olhar destes profissionais para questões de educação, trabalho e saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEM. Preparação do Médico Geral. **Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica**, no. 11, 1986.

ABEM. **Resoluções sobre o Internato na Graduação Médica**. XII Reunião Anual da ABEM, São Paulo, 1994.

ABREU-NETO, I.P. et al. Percepção dos Professores sobre o Novo Currículo de Graduação da Faculdade de Medicina da UFG Implantado em 2003. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 154-160, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n3/05.pdf>

ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde: possibilidades de mudança**. Londrina: EDUEL, Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

ALMEIDA, H. Educação Permanente de docentes: análise crítica de experiências não sistematizadas. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 240-247, 2008.

BAGNATO, M. H. S. Inovações Pedagógicas na Educação Superior em Saúde: algumas reflexões. **Anais do Congresso Internacional Docencia Universitaria y Innovación**. Girona, 30 de de jun. a 2 de jul. 2005.

BARELLI, C. et al. O que é ser Docente nos Cenários da Prática? O Olhar dos Preceptores do Projeto PET-Saúde de Passo Fundo/RS. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 190, 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BATISTA, N. Formação do Professor de Medicina: Desafios e perspectivas. In: Marcondes, E.; Gonçalves, E. (coord.) **Educação Médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 31-38.

BOTTI, S. H.; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são seus papéis? **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 263-373, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Federal de Educação. Resolução nº 9, de 24/05/1983. **Internato dos Cursos de Medicina**, 1983

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 07/11/2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília: Câmara de Educação Superior; 2001.

BRASIL. **Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina -PROMED** – Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde; 2002.

BRASIL. Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde PRÓ-SAÚDE. Brasília, 2005, 80p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848 (Acesso em 23/09/2008).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências.** Portaria no. 2048/GM em 5 de novembro de 2002. Portaria no. 1863/GM em 29 de setembro de 2003. Brasília: Editora MS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, foi alterada recentemente pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, **Novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 1507/2007.** 2007.

BULA. Boletim Informativo do Centro Acadêmico Carlos Chagas. O ensino de emergência na UFRJ. p.12 , 2003.

CABRAL, W.; BRANT, V. A escolha precoce da especialidade pelo estudante de Medicina: um desafio para a educação médica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 133-144, mai/ago, 2004.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. et al. **Inventando a mudança na Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41-65, jun. 2004.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n.16, set/fev 2005.

CIUFFO, R; BRANT-RIBEIRO, V. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: Um diálogo possível? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.12, n.24, p.125-40, jan/mar 2008.

Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - CINAEM. Projeto Cinaem/ III Fase. Processo de formação e docência. Rio de Janeiro: CINAEM;1999. p. 11.

COSTA, N.M. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 21-30, 2007.

DAVINI, M.C. Educación permanente y problematización de la práctica: caminos metodológicos. In: Haddad J (org.) **Educación Permanente de personal de salud.** Washington: OPS; 1994. p. 109-126.

ERAUT, M. **Developing professional knowledge and competence**. London: Falmer Press; 1994.

FARIA, M; NUNES, E; ANASTASIOU, L; SAKAI, M; SILVA, V. Desafios da Educação Permanente: a experiência do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 248-253, 2008.

FEPAFEM - FEDERAÇÃO PANAMERICANA DE FACULDADES E ESCOLAS DE MEDICINA/OPS. **Los cambios de la práctica médica y su influencia sobre la educación médica**. Washington, 1993. Mimeo.

FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n.3, 1998.

FEUERWERKER, L. **Além do Discurso de Mudança na Educação Médica**. São Paulo: Hucitec, p. X. 2002.

FRANCO, T. Produção do cuidado e produção pedagógica: interação de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n.23, set/dez 2007.

FURTER, P. **Educação e Vida**. Petrópolis: Editora Vozes, p.127, 1965

GARCÍA, J. C. **La Educación Médica en la America Latina**. Washington: OPS, 1972

GATTI, B. A. **Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

KISIL, M. **A comparative assessment of the ATS Projects in Latin America and their impact in the health sector**. Washington, 1985.

KOMATSU, R. S. Educação Médica: Responsabilidade de Quem? Em Busca dos Sujeitos da Educação do Novo Século. **Rev. Brás. Educ. Med.**, Rio de Janeiro v. 26, n. 1, p. 55-61, jun./abr. 2002

LAMPERT, J.B. Currículo de Graduação e o Contexto da Formação do Médico. **Rev. Brás. Educ. Med.**, Rio de Janeiro v. 24, n. 3, p. 7-19, 2000

MARSIGLIA, R.G. **Relação ensino/serviços : dez anos de integração docente-assistencial (IDA) no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1995.

MELLO, C.G.A. A Medicina Previdenciária e o Ensino Médico. **Educación Médica y Salud**, 13(3): 232-42, 1978.

MAURO, F. **A produção científica dos docentes da Faculdade de Medicina da UFRJ e sua relação com o fazer pedagógico**. Rio de Janeiro, 2005. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**, São Paulo: Hucitec, 2008

MISSAKA, H. et al. Medicina Intensiva e Emergência na Graduação Médica: Da Necessidade à Realidade. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, vol.1, n. 6, p.123, 2006.

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V. A Preceptorial na Formação Médica: Subsídios para integrar teoria e prática na formação profissional – o que dizem os trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 4, p. 112, jan./mar., 2009.

MORAES, V.A.; PEREIRA, E.R.S. Implantação do novo Internato da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás na rede básica de saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 334, 2007.

NASI, L.A. Medicina de Emergência no Brasil: Aonde Vamos? **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 50, n. 20, 2004.

PAIM, J. S. **O SUS no ensino médico: retórica ou realidade**. Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Educação Médica, 1995.

PERIM, G. L. et al. Desenvolvimento docente e a formação de médicos. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 70-82, jan./mar., 2009.

PIERRE, A.P.P. et al. Terapia Intensiva na Graduação Médica: Os Porquês. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 16, n. 1, jan./mar., 2004.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C.. **Docência no ensino superior**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008. 280 p.

POWELL, R. A.; SINGLE, H. M. Focus Groups. **International Journal of Quality in Health Care**, v. 8, n. 5, p. 499-504, 1996.

REGO, S. **A prática na formação médica: os estágios extracurriculares em questão** [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1994.

RIBEIRO, E. C. O. Educação Permanente em Saúde. In: MARINS, J. J. N. (org.). **Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 285-303.

ROSCHKE, M; DAVINI, M; HADDAD, J. Educação Permanente e trabalho em saúde: um processo em construção. Tradução: WNAZELER, M-UFPB-NESC, do original **Educación Médica y Salud**, vol. 27, n. 4, out/dez 1993, em jun/1999.

SANTOS, R. C. Construindo outro dia-a-dia para os estudantes de medicina nas escolas médicas do Brasil. **Sustentação**, v. 3, n. 6, 2001.

SCHULTZ, K. W. et al. Medical students and residents preferred site characteristics and preceptor behaviours for learning in the ambulatory setting: a cross-sectional survey. *BMC Medical Education*, v. 4, n. 12, p. 1-15, 2004. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/4/12>>. Acesso em 15 out 2009.

SILVA, G.C.C. et al. Atributos de preceptores de programas de residência médica. *Rev Bras Educ Méd*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 37, 2008.

SISSON, M. C. Identidades Profissionais na Implantação de Novas Práticas Assistenciais. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 116-122, 2009.

SOUZA, L.P.; SERZEDELLO, M. **Internato: O quê e como estamos fazendo**. Faculdade de Medicina UFRJ, 2006.

STELLA, R. C. R. O ensino médico precisa ser reformulado. **Jornal MEDICINA**. Brasília: CFM, 1999.

TEIXEIRA, G. T. A relação pedagógica no ensino superior e a transacionalidade do ser. <www.serprofessoruniversitario.pro.br/ler.php?modulo=12&texto=720>. Acesso em 23/09/2008.

TRAJMAN, A. et al.. Preceptoría na Rede Básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: Opinião dos Profissionais de Saúde. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 24-32, 2009.

URTIAGA, M. E. Relação pedagógica. **CAD, Educ. FAF/UFPeI**, Pelotas (19): 153-165, jul/dez 2002.

VASCONCELOS, C. Metodologia Dialética em Sala de Aula. **Revista de Educação AEC**. Brasília: abril de 1992 (n. 83).

WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION. **World Conference on Medical Education - Report**. Edimburgo, 1988.

ZACHARY, T.E. et al. Value of a Family Medicine Preceptorship/Clerkship to Students, Preceptors and Communities: Observations from a 25-year-old Program. *Fam Med*, v. 33, n. 7, p. 500-501, 2001.

ANEXO 1 - Questionário para os alunos

ENTREVISTA COM ALUNOS – CURSO DE MEDICINA

Nota

Este instrumento é parte de uma pesquisa que estuda a formação pedagógica dos preceptores do Internato.

Identificação do respondente: Sexo: () M () F Período: _____

1. Você está participando de uma pesquisa sobre Educação Médica, especificamente sobre preceptoria médica. Você sabe o que é um preceptor?

Sim () Não ()

Esclarecimento para responder ao questionário

Prezado aluno,

Durante a sua formação médica, você convive com diversos sujeitos: professores, profissionais das equipes de saúde e seus colegas de curso.

Nas atividades práticas em ambulatórios ou enfermarias você, em geral, é supervisionado/orientado por profissionais médicos que, por vezes, não são professores da Faculdade de Medicina.

Este questionário visa identificar, na visão dos alunos de graduação do curso de medicina, quais atributos e habilidades são necessários à atuação desses profissionais junto aos alunos, a que chamamos de *preceptoria médica*.

2. Você, em geral, identifica se o profissional que o acompanha nos ambulatórios e enfermarias é um médico professor da faculdade de medicina ou um médico do serviço, não professor (preceptor)?

Sim () Não ()

3. Na sua percepção existe diferença quando você está sendo acompanhado por um médico professor ou por um médico não-professor (preceptor) nas atividades assistenciais?

Sim () Não ()

4. Caso você tenha respondido afirmativamente à questão anterior, assinale com um “x” os aspectos em relação aos quais você observa essas diferenças.

- () conhecimento teórico
- () assistência ao paciente
- () conhecimento prático
- () linguagem
- () relação com a equipe de saúde
- () relação com o aluno
- () compromisso com o paciente
- () compromisso com a aprendizagem do aluno
- () formas de avaliação
- () preocupação com aspectos éticos na assistência
- () outra (especifique): _____

5. Você considera que existe integração entre os médicos professores e os médicos não- professores (preceptores)?

Sim () Não ()

Justifique, citando exemplos.

6. Você acredita que qualquer médico pode assumir o papel de preceptor?

Sim () Não ()

Por quê?

7. Quais características você considera que um médico deve ter para ser um bom preceptor? Assinale os itens abaixo por ordem de importância, numerando de **1** (característica **menos importante**) a **3** (característica **mais importante**).

- () sensibilidade com os alunos
- () sensibilidade com os pacientes
- () interação com a equipe de saúde
- () disponibilidade para circular em diversos cenários do Hospital
- () integração com professores
- () compromisso com a aprendizagem do aluno
- () domínio de conhecimentos teóricos
- () capacidade para contornar dificuldades cotidianas
- () disponibilidade para esclarecer dúvidas
- () capacidade de orientar a busca da explicação de um problema
- () avaliar continuamente o desempenho do aluno durante o internato
- () conhecimento do seu papel de preceptor
- () capacidade de motivar o aluno para a sua aprendizagem
- () capacidade de integrar os alunos sob sua supervisão
- () capacidade de promover discussões de casos e reuniões clínicas
- () capacidade de integrar as dimensões biológica, psicológica e social dos pacientes
- () assiduidade
- () pontualidade

8. Como você avalia a contribuição do preceptor para sua formação?

9. Em relação à rotina das atividades desenvolvidas pelos alunos nos ambulatórios e enfermarias, você considera que deve haver uma padronização mínima?

Sim () Não ()

Justifique, citando exemplos:

10. Utilize o espaço abaixo para fazer algum comentário sobre aspectos que não tenham sido contemplados no questionário.

AVALIAÇÃO DESTE INSTRUMENTO DE PESQUISA

Foram encontradas dificuldades no preenchimento das questões? Existem questões que fazem falta no instrumento para avaliar as atividades de preceptoria na formação médica?

A equipe do Projeto agradece a colaboração!

ANEXO 2 - Questionário para preceptores

QUESTIONÁRIO PARA PRECEPTORES DO INTERNATO MÉDICO

Laboratório de Currículo e Ensino – LCE/NUTES/UFRJ

Município: _____

Bairro: _____

Entrevistador: _____ Data: __/__/__

Banco de Dados - Digitador _____ Data: __/__/__

Instituição/Setor de atuação:

Esclarecimento aos entrevistados

Este instrumento é parte de uma pesquisa que estuda a formação pedagógica dos preceptores do Internato. Você faz parte do grupo piloto que avalia a qualidade do instrumento. Caso queira sugerir mudanças na forma ou no conteúdo, faça-as na própria questão.

1. Identificação Geral

• Sexo: M F

• Idade: 20 a 30 anos 31 a 40 anos 41 a 50 anos >50 anos

2. Área de atuação profissional (especialidade):

3. Setores de atuação profissional

§ setor público

SIM NÃO

Caso tenha assinalado SIM, responda:

o Possui vínculo empregatício? SIM NÃO

o Qual o tipo de atividade que exerce?

equipe da rotina do serviço plantonista

cargo de direção outro: _____

§ setor privado

SIM NÃO

Caso tenha assinalado SIM, responda:

o Possui vínculo empregatício? SIM NÃO

o Qual o tipo de atividade que exerce?

equipe da rotina do serviço plantonista

cargo de direção outro: _____

4. Percurso acadêmico

§ Dados da Instituição em que concluiu a graduação

o Nome da instituição:

o Natureza da Instituição: Pública Privada

o Tipo de Instituição: Universidade Centro Universitário Faculdade

§ Curso de Graduação: _____

§ Tempo decorrido da graduação

0 a 5 anos 6 a 10 anos 11 a 20 anos 21 a 30 anos >30 anos

§ Possui pós-graduação?

SIM NÃO

Caso tenha respondido SIM, assinale as opções de pós-graduação cursadas

aperfeiçoamento especialização residência mestrado doutorado

§ Possui formação pedagógica?

SIM NÃO

Caso tenha respondido SIM, indique:

• a Instituição de Ensino em que cursou a formação pedagógica:

- _____ o curso de pós-graduação em que realizou a formação pedagógica
 aperfeiçoamento especialização residência mestrado doutorado
5. Local(ais) onde trabalha
 Posto de saúde
 Unidade de Pronto-atendimento (UPA)
 Programa de Saúde da Família (PSF)
 Posto de Assistência Médica (PAM)
 Centro Municipal de Saúde (CMS)
 Assistência domiciliar
 Hospital geral
 Hospital universitário
 Hospital de referência
 Serviços de Saúde Mental
 outro: _____
6. Participa de eventos científicos?
 SIM NÃO
 Caso tenha respondido SIM, indique
 • Frequência: semestral anual outro: _____
 • Tipo de evento: regional nacional internacional
7. Exercício da atividade de preceptoria
 • Local(ais) em que exerce atividade de preceptoria
 Posto de saúde
 Unidade de Pronto-atendimento (UPA)
 Programa de Saúde da Família (PSF)
 Posto de Assistência Médica (PAM)
 Centro Municipal de Saúde (CMS)
 Assistência domiciliar
 Hospital geral
 Hospital universitário
 Hospital de referência
 Serviços de Saúde Mental
 outro: _____
- § Setor(es) de assistência em que exerce atividade de preceptoria
 Emergência
 Ambulatório
 Enfermaria
 Unidade fechada
 Centro cirúrgico
 outro: _____
- Razões do ingresso na atividade de preceptoria
 escolha própria determinação da chefia outro: _____
- § Carga horária semanal em atividade de preceptoria
 <5h 6 a 12h 13 a 24h 25 a 30h 31 a 40h >40h
- § Recebe gratificação financeira pela função?
 SIM NÃO
 Caso tenha respondido SIM, indique:
 • O percentual da gratificação sobre o salário
 <1 a 5% 6 a 10% 11 a 20% 21 a 30% 31 a 40% >40%
- § Tipo de atividade desenvolvida com os alunos
 trabalho isolado [preceptor + aluno(s)]
 trabalho em equipe [preceptore(s) + aluno(s)]
 trabalho em equipe [preceptor(es)+docente(s)+aluno(s)]
 outro: _____
- § Como é o planejamento da atividade?
 Construção própria Construção em equipe outro: _____
- § Na atividade de preceptoria, em média, quantos alunos são orientados por você de uma só vez?

§ No exercício da preceptoria que atividades ou ações você costuma realizar com os alunos?

- indicação de leituras complementares
- discussão de artigos, capítulos de livros etc.
- revisão/estudo de prontuários
- demonstração de técnicas e procedimentos realizados
- explicação oral
- outro: _____

§ Assinale as características que, na sua avaliação, fazem do profissional um bom preceptor.

- Domínio do conhecimento da especialidade
- Postura ética e de compromisso com o serviço que presta
- Disposição para discussão dos casos em andamento
- Capacidade de criar empatia com os alunos ou facilidade de se comunicar com os alunos
- Autoridade para garantir o funcionamento do serviço

§ Você considera que existe integração entre os médicos professores e os médicos não-professores (preceptores)?

- SIM NÃO

§ Em relação à rotina das atividades desenvolvidas pelos alunos nos ambulatórios e enfermarias, você considera que deve haver uma padronização mínima?

- SIM NÃO

§ Em relação às atividades que você desenvolve com os alunos, indique seu grau de satisfação:

- Muito satisfeito Satisfeito Pouco satisfeito Insatisfeito

§ As dificuldades encontradas no exercício da preceptoria, na sua opinião, estão PRINCIPALMENTE relacionadas com:

- Alunos Professores/departamentos Hospital/gestão Outros preceptores

§ Você participaria de um curso semi-presencial com objetivo de aprimorar sua prática de educador?

- SIM NÃO

A equipe do Projeto agradece a colaboração!

ANEXO 3

Roteiro do Grupo Focal Preceptores

- O que significa para a vida profissional e pessoal de cada um, a atividade de preceptoria, ser um preceptor.
- E como exercem a preceptoria?

Roteiro do Grupo Focal Alunos

- Quais as qualidades requeridas para que um médico seja um bom preceptor?
- Como exercem essa atividade?

ANEXO 4

Seminários em Emergência e Medicina Intensiva

1. Introdução: a UPG e a Medicina Intensiva
2. O Manejo da Via Aérea
3. Acessos Venosos Centrais
4. Reposição Volêmica
5. Drogas Vasopressoras e Inotrópicas
6. Choque
7. Monitoração Hemodinâmica
8. Perfusão Tecidual no Paciente Crítico
9. Sepses
10. Síndrome da Disfunção Orgânica Múltipla
11. Analgesia e Sedação no Paciente Crítico
12. Bloqueadores Musculares
13. Reanimação Cardiopulmonar e Cerebral
14. Coma, Morte Cerebral. Cuidados com o Doador
15. Hipertensão Intracraniana
16. AVE Isquêmico Agudo
17. Hemorragia Cerebral Intraparenquimatosa
18. Hemorragia Subaracnóide
19. Estado de Mal Convulsivo
20. Polineuropatias no Paciente Crítico
21. Trauma Crânio Encefálico
22. Abordagem do Paciente Politraumatizado
23. Trauma de Tórax
24. TRM
25. Angina Instável
26. Infarto Agudo do Miocárdio
27. Tratamento das Arritmias Supraventriculares e Ventriculares na UTI
28. Crise Hipertensiva no Paciente Crítico
29. Choque Cardiogênico
30. Dissecção Aórtica Aguda
31. Síndrome do Desconforto Respiratório do Adulto
32. Princípios da Ventilação Mecânica
33. Monitorização da Ventilação Mecânica
34. Pneumonia no Paciente Crítico
35. DPOC em Medicina Intensiva
36. Crise de Asma
37. Embolia Pulmonar
38. Insuficiência Renal Aguda
39. Distúrbios do Equilíbrio Ácido Base
40. Distúrbios Eletrolíticos em Medicina Intensiva
41. CIVD e Trombocitopenia no Paciente Crítico
42. Princípios de Medicina Transfusional no Paciente Crítico
43. Cetoacidose Diabética e Estados Hiperglicêmicos
44. Avaliação do Paciente Crítico com Febre

45. Antimicrobianos em Medicina Intensiva
46. HIV em Medicina Intensiva
47. Intoxicações Exógenas em Medicina Intensiva
48. Transplantes de Órgãos e Medicina Intensiva
49. Queimaduras
50. Índices Prognósticos em Medicina Intensiva
51. Hemorragia Digestiva
52. Pancreatite Aguda
53. Insuficiência Hepática
54. Suporte Nutricional em Medicina Intensiva
55. Alterações Endocrinológicas do Paciente Crítico
56. Planejamento da Monografia. Normas de Apresentação
57. Importância da Discussão de Casos Clínicos. Preparação dos Casos.
58. Discussão de Caso 1 Solving Problem
59. Discussão de Caso 2 Solving Problem
60. Discussão de Caso 3 Solving Problem
61. Discussão de Caso 4 TCE na UPG
62. Discussão de Caso 5 AVC na UPG
63. Discussão de ARTIGO 1 LAC TIME, FAST-E, Echo in ICU
64. Discussão de ARTIGO 2 EGDT
65. Discussão de ARTIGO 3 NINDS

ANEXO 5**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em participar da pesquisa intitulada “**A Prática Pedagógica dos Preceptores dos Internatos em Emergência e dos Serviços Públicos Não Universitários**”, desenvolvida pelo Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Fui informado(a) que esta é coordenada por Herbert Missaka, RG 12692576-SSP-SP, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (21) 9343-6262 ou e-mail hmkmedicina@hotmail.com

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é avaliar a prática pedagógica dos preceptores deste serviço.

Fui esclarecido(a) de que o uso das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio do preenchimento de um questionário e pela participação de um grupo focal com duração de 30 minutos, com gravação de áudio. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu(s) orientador(es) / coordenador(es).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável (ou seus orientadores), ou ainda o Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, situado no Centro de Ciências da Saúde, Bloco A - Sala 12, Ilha do Fundão - Rio de Janeiro - RJ - CEP 21949-902 Tel/Fax: (21) 2562-6343

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

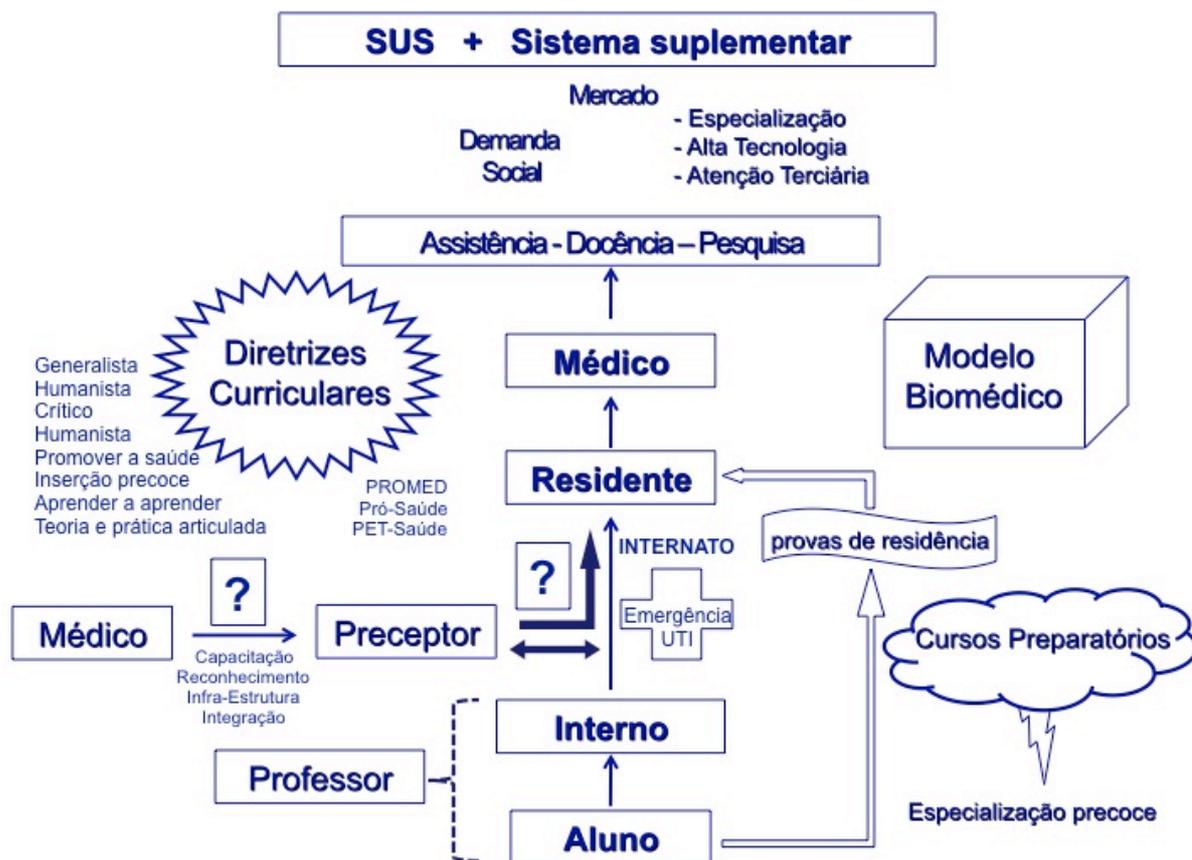
Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse(a) estudo / pesquisa / programa a qualquer momento, sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

ANEXO 6



Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)