



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

ANA MACKARTNEY DE SOUZA MARINHO

**COMPETÊNCIAS PEDAGÓGICAS DA PRECEPTORIA
MÉDICA NO TOCANTINS, SOB O OLHAR DO RESIDENTE**

**PALMAS - TO
2018**

ANA MACKARTNEY DE SOUZA MARINHO

COMPETÊNCIAS PEDAGÓGICAS DA PRECEPTORIA
MÉDICA NO TOCANTINS, SOB O OLHAR DO RESIDENTE

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Ciências da Saúde
da Universidade Federal do Tocantins (UFT)
para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Neilton Araújo de
Oliveira.

Co-Orientadora: Prof. Dra. Marta Azevedo dos
Santos.

PALMAS - TO
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- M338c Marinho, Ana Mackartney de Souza.
Competências pedagógicas da preceptoria médica no Tocantins, sob o
olhar do residente. / Ana Mackartney de Souza Marinho. – Palmas, TO, 2018.
84 f.
- Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins
– Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em
Ciências da Saúde, 2018.
- Orientador: Neilton Araújo Oliveira
Coorientadora : Marta Azevedo Santos
1. Educação Médica. 2. Formação Docente. 3. Preceptoria. 4. Residência
Médica. I. Título

CDD 610

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer
forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A
violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184
do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

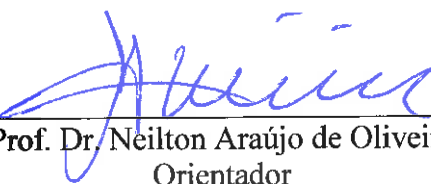
ANA MACKARTNEY DE SOUZA MARINHO

COMPETÊNCIAS PEDAGÓGICAS DA PRECEPTORIA
MÉDICA NO TOCANTINS, SOB O OLHAR DO RESIDENTE


Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT) Câmpus Universitário de Palmas, Curso de Medicina foi avaliada para a obtenção do título de Mestre e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Data da Aprovação: 09 / 03 / 18

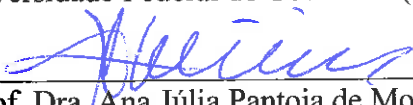
Banca Examinadora



Prof. Dr. Neilton Araújo de Oliveira
Orientador
Universidade Federal do Tocantins (UFT)



Prof. Dra. Marta Azevedo dos Santos
Co-orientadora
Universidade Federal do Tocantins (UFT)



P/ Prof. Dra. Ana Júlia Pantoja de Moraes
Examinadora Externa
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Aos meus pais, que não medem esforços para que eu consiga realizar meus sonhos.

A minha filha, que com sua doçura consegue atenuar minhas angústias.

Ao meu noivo que sempre me acalenta com seu otimismo e persistência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus e Meishu-Sama** por ter me concedido a oportunidade de realizar um sonho e ao mesmo tempo, compartilhar minhas práticas através desta dissertação.

Aos meus pais, **Manoel Rodrigues Marinho Filho e Nancy Pereira de Souza Marinho** por sempre acreditarem que sou capaz, por resgatar minhas migalhas mesmo quando a situação me dizia que não podia mais e por todo o amor e dedicação ao longo desses anos.

A minha filha **Mariana Marinho Magalhães Cardoso** que é a minha razão de existir e por sempre ter uma palavra de incentivo quando a culpa me arrebatava em decorrência de minha ausência.

Ao meu noivo **Adriano Silva do Amaral** por aceitar esse desafio junto comigo e por me dar a oportunidade de aprender cada dia mais com sua cumplicidade e respeito.

Aos meus Professores e colegas do **Mestrado Profissional de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT)** pelo incentivo incessante e otimismo injetados diuturnamente para que eu conseguisse aqui chegar.

Agradeço, especialmente, ao meu **Orientador, Dr. Neilton Araújo de Oliveira** e a minha **Co-Orientadora, Prof. Dra. Marta Azevedo dos Santos**, primeiramente por acreditarem que eu fosse capaz e pelo incentivo, simpatia, exemplo de vida e grande contribuição na realização desta dissertação.

A todos os integrantes do **Projeto Preceptorial ABEM**, pela potente rede de práticas e apoio, a quem agradeço na pessoa de nossas coordenadoras, **Denise Herdy Afonso e Lia Márcia Cruz da Silveira**, que me inseriram neste maravilhoso mundo encantado e apaixonante da Educação Médica o qual me faz revigorar cada dia mais.

A todos os **integrantes da Equipe Tocantins**, pelo trabalho incessante na formação dos Preceptores, a quem agradeço na pessoa de **Rebeca Garcia de Paula**, exemplo de humildade e companheirismo.

A **Coreme** por todo o apoio concedido.

Aos **Residentes**, hoje especialistas, que aceitarem participar desta pesquisa com sua franqueza e disponibilidade em meio ao alvoroço cotidiano. Sem eles nada disso teria sido possível.

“A Educação não muda o mundo, ela muda as pessoas que vão transformar o mundo”.

Paulo Freire

RESUMO

A relevância do papel do preceptor na formação médica é incontestável. E por isso torna-se necessário fazer investimentos na sua qualificação. Tudo isso no sentido de aprimorar suas habilidades e atributos, especialmente as competências pedagógicas, visando à melhoria do processo de ensino-aprendizagem e estimulando a educação permanente. A formação de professores e preceptores é decisiva para modificar o ensino médico no país, e não há como formar de maneira diferente os novos profissionais sem habilitar competente e inovadoramente os docentes, cujos profissionais têm um papel fundamental e incontestável no processo ensino-aprendizagem dos residentes de RM. Este estudo aborda a formação do preceptor em saúde e a importância de sua qualificação no processo ensino-aprendizagem de medicina. Diante da complexidade do tema, definimos como objetivo geral avaliar as competências pedagógicas do Curso de Preceptoría em Saúde no Tocantins e quais, sob a percepção dos residentes de medicina, foram mais relevantes e estratégicas nesse contexto. Para alcançar os objetivos propostos, a técnica utilizada foi a pesquisa descritiva-exploratória com método de abordagem qualitativo. Oito formandos de Residência Médica da UFT – período de 2011 a 2016 – compuseram a amostra deste estudo. O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, com método de análise de conteúdo. Espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para a mudança e melhoria da qualidade dos cursos de Preceptoría em Saúde da UFT/ABEM, no sentido de introduzir novas metodologias e didáticas de ensino, tanto em âmbito nacional, quanto, e especialmente, na UFT e demais instituições de ensino médico na região. Os resultados obtidos constatou-se a relevância do preceptor para a formação médica. Concluiu-se que a capacitação e a formação didática do preceptor são de grande relevância para que este obtenha sucesso em sua atuação profissional.

Palavras-Chaves: Educação Médica. Formação Docente. Preceptoría.

ABSTRACT

The relevance of the role of the preceptor in medical training is undeniable. And so it is necessary to make investments in their qualification. All this in the sense of improving their skills and attributes, especially pedagogical skills, aiming at improving the teaching-learning process and stimulating permanent education. The training of teachers and preceptors is decisive for modifying medical education in the country, and there is no way to train new professionals differently without competent and innovative teachers, whose professionals have a fundamental and indisputable role in the teaching-learning process of residents of RM. This study deals with the training of health preceptors and the importance of their qualification in the teaching-learning process of medicine. Given the complexity of the theme, we defined as general objective to evaluate the pedagogical competences of the Preceptory Course in Health in Tocantins and which, under the perception of medical residents, were more relevant and strategic in this context. To reach the proposed objectives, the technique used was the descriptive-exploratory research with qualitative approach method. Eight medical residency graduates from UFT - period from 2011 to 2016 - composed the sample of this study. The instrument of data collection was the semistructured interview, with content analysis method. It is hoped that the results of this study will contribute to the change and improvement of the quality of the Preceptoria em Saúde courses of UFT / ABEM, in the sense of introducing new methodologies and teaching didactics, both at the national level, and especially in the UFT and other medical teaching institutions in the region. The results obtained verified the relevance of the preceptor for medical training. It was concluded that the training and didactic training of the preceptor are of great relevance for him to succeed in his professional performance.

Keywords: *Medical Education. Teacher Training. Preceptoria.*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM – Associação Brasileira de Ensino Médico

AMB – Associação Médica Brasileira

ANMR – Associação Nacional de Médicos Residentes

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CDCPPP – Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria Médica

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFM – Conselho Federal de Medicina

CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CR – Centros de Referência

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina

DCPPP – Projeto Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a prática da Preceptoria Médica

Etsus – Escola Tocantinense do SUS

Fepafem – Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina

MEC – Ministério da Educação

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PBL - *Problem Based Learning* – Aprendizagem Baseada em Problemas

PMM – Programa Mais Médicos

PMMB – Projeto Mais Médicos para o Brasil

RM – Residência Médica

SESu – Secretaria de Ensino Superior

SGTES – Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TO – Tocantins

UEL – Universidade Estadual de Londrina

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS

UNITINS – Universidade do Tocantins

UFT – Universidade Federal do Tocantins

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Categorias de Análise das Competências Pedagógicas -2017	40
Quadro 2: Unidades de Registro (UR) identificadas nas entrevistas com os.....	41
Quadro 3: Unidades de Registro e Unidades de Contexto.....	42
Quadro 4: Categorias Finais de Análise.....	43
Quadro 5: Perfil do Preceptor - 2017	45
Quadro 6: Perfil do Residente - 2017	45
Quadro 7: Competências Pedagógicas Preceptores e Residência Médica - 2017.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil numérico das Turmas de 2012 a 2017	13
--	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 MEDICINA E EDUCAÇÃO MÉDICA.....	15
1.1 Contexto Histórico da Educação Médica	15
1.2 Medicina: Formação Médica e Desenvolvimento Científico e Tecnológico	20
1.3 Sistema Único de Saúde: Atenção Básica, Prevenção e Promoção da Saúde Pública	23
1.4 O Ensino Médico no Contexto Contemporâneo..	24
1.4.1 Perfil do Médico Contemporâneo: atributos e habilidades	26
1.4.2 Residência médica e preceptoria	27
1.4.3 Preceptoria: competências pedagógicas	31
1.4.4 UFT: a Universidade e a implantação do curso de medicina	33
2 OBJETIVOS	35
2.1 Objetivo Geral	35
2.2 Objetivos Específicos.....	35
3 MEDODOLOGIA	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	40
4.1 Categoria I – Aspectos pedagógicos adotados pelo preceptor	46
4.2 Categoria II – Aspectos relevantes da preceptoria.....	48
4.3 Categoria III – Tipos de conhecimentos utilizados pelo preceptor.....	50
4.4 Categoria IV – Habilidades do preceptor.....	51
4.5 Categoria V – Principais competências do preceptor	52
4.6 Categoria VI – Avaliação da residência	54
4.7 Categoria VII – Papel do preceptor	55
5 CONCLUSÃO.....	59
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES	67
ANEXOS	73

INTRODUÇÃO

O Estado do Tocantins foi criado pela Constituição Federal de 1988, a partir da divisão do Estado de Goiás, uma luta histórica na região e cuja população reivindicou por muitas décadas sua autonomia política e econômica devido ao abandono e descaso dos poderes públicos. A implantação do novo Estado da federação resultou em grandes perspectivas de crescimento e desenvolvimento econômico, atraindo pessoas de várias regiões do país que vislumbravam novas oportunidades de negócios e prosperidade (SILVA FILHO; SANTOS, 2012).

O caráter heterogêneo de sua população fez do Tocantins um Estado multicultural, que tem na Universidade Federal do Tocantins (UFT) o desafio de promover práticas educativas que visem à promoção social por meio da produção e disseminação do conhecimento. Com mais de 16 mil alunos, a UFT mantém 50 cursos de graduação presencial oferecidos em sete campi, três de graduação a distância, vinte e cinco cursos de mestrado e três doutorados, além de 53 cursos de especialização (pós-graduações *lato sensu*) nas diferentes áreas acadêmicas, o que permite a estudantes de várias regiões o acesso ao ensino público superior (UFT, 2016).

É nesse contexto heterogêneo da população tocaninense, que está inserido a UFT e o Projeto Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a prática da Preceptoria Médica (DCPPM), criado em 2012, pela ABEM (Associação Brasileira de Ensino Médico), com o objetivo de estruturar uma rede de Centros Colaboradores em Educação Médica para o SUS, visando à capacitação de gestores, docentes e preceptores para atuarem no processo de ensino-aprendizagem nas práticas de saúde (ABEM, 2016).

O Projeto Preceptoria Médica, ministrado pela ABEM em parceria com a SGTES/MS (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde) e a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), desenvolveu-se em duas fases: a *Fase I* (2011/2012) foi realizada mediante a cooperação de ensino com as universidades federais locais, que se constituíram em doze centros colaboradores, sendo que os tutores capacitados nesta fase ficaram com a atribuição de replicar a capacitação, em seus respectivos centros colaboradores (PAULA, 2016).

Com esta atribuição, o Tocantins foi o único Estado a replicar a capacitação de duas turmas de preceptores, o que ocorreu logo depois da *Fase I*, mediante chancela da ABEM e com recursos oriundos da Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde (ETSUS),

totalizando assim três turmas. A *primeira turma* desta fase foi realizada com recursos da ABEM/OPAS/UFT e as outras *duas turmas* por meios próprios da Escola Tocantinense do SUS (ETASUS).

Na *Fase II*, deste projeto, realizado entre maio de 2014 e março de 2016, que teve por finalidade implementar o Programa Preceptorial Médica e consolidar os Centros Colaboradores, transformando-os em Centros de Referências e agregar mais centros Colaboradores, aconteceu a capacitação da *quarta turma* de preceptores com recursos oriundos dos Ministérios da Educação e da Saúde (Tabela1) (ABEM, 2016) . Em 2017, a *quinta turma* foi realizada com recursos da Etsus/UFT. Na ocasião, 16 pessoas fizeram o curso e mais 14 concluíram o curso, totalizando assim 105 preceptores certificados (UFT, 2017).

Tabela 1: Perfil numérico das Turmas de 2012 a 2017

Turmas	Inscritos	Selecionados	Matriculados	Formados	Convidados/ concluintes	Certificados
1ª (2012)	46	28	25	22	2/2	24
2ª (2013)	47	30	30	29	3/2	31
3ª (2014)	28	28	24	22	1/0	22
4ª (2015)	52	30	28	14	0/0	14
5 (2017)	21	21	16	14	2/0	14
TOTAL	194	137	123	101	6/4	105

Fonte: PAULA (2016)

No cenário atual do mercado de trabalho e olhando para o futuro, percebe-se que os avanços científicos e tecnológicos são tão dinâmicos que se torna difícil para qualquer profissão se manter atualizada, em especial a medicina, que exige dentre outras competências um conjunto de habilidades relacionais de atitudes que define o profissionalismo médico para o atendimento humanizado dos pacientes. Assim sendo, a capacitação de preceptores é relevante à educação médica (BOTTI, 2009; RODIGUES et al., 2008).

Essa nova visão científica e tecnológica vai refletir também no ensino-aprendizagem e nas práticas de saúde que o preceptor irá atuar, exercendo um papel estratégico na formação dos residentes de medicina, os quais têm a oportunidade de vivenciar momentos de grande aprendizado com este profissional que planeja, controla a aprendizagem e analisa o desempenho do residente, estimulando o raciocínio e sua postura ativa. Ele também atua na formação moral ao explicitar valores que humanizam as relações médico-paciente, na expectativa de que os residentes tenham uma formação mais humanística (BOTTI, REGO, 2008).

Mediante esta realidade, a qualificação da Preceptoría Médica é um fator preponderante à formação dos novos residentes de medicina, sendo, portanto, pertinente uma avaliação dos preceptores participantes do Curso de Preceptoría da ABEM e da UFT, a partir da percepção do residente.

Dada à abrangência e o desafio que se constitui na atualidade a formação médica no país, este trabalho é estratégico pelo fato de oportunizar a discussão das competências pedagógicas dos preceptores de medicina e por avaliar sob o olhar do residente, a necessidade de continuação deste curso no Tocantins e no Brasil.

Em função da importância do tema exposto, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: Quais as competências pedagógicas relevantes do Curso de Preceptoría Médica, sob a percepção dos residentes de medicina, no Tocantins?

1 MEDICINA E EDUCAÇÃO MÉDICA

Discorrer os novos paradigmas da formação médica implica necessariamente um retrospecto pela história para compreender o contexto em que se deram os principais movimentos e tendências que influenciaram as mudanças na educação médica, no século XX, em âmbito mundial e, particularmente, no Brasil.

Tendo-se em vista a grande complexidade que envolve a formação dos profissionais de medicina torna-se relevante conhecer os aspectos desenvolvidos a partir da publicação do Relatório Flexner, em 1910; bem como o impacto mundial das mudanças científico-tecnológicas e ainda, “as contradições éticas, ideológicas e filosóficas decorrentes deste período” (AMORETTI, 2005).

Muito embora, os antecedentes históricos da educação médica sejam de muitos séculos antes do XX, no Oriente e, mesmo no Ocidente com Hipócrates (460-370 a.C) e seus discípulos (GROSSEMAN; PATRÍCIO, 2004), este capítulo tem uma breve abordagem histórica somente a partir de 1910.

1.1 Contexto Histórico da Educação Médica

O marco histórico da educação médica contemporânea mundial se deu em 1910, com a publicação do estudo ‘*Medical Education in the United States and Canada*’ da *Carnegie Foundation*. Por ter sido elaborado pelo educador social Abraham Flexner, o documento tornou-se conhecido como o Relatório Flexner, sendo considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas de medicina nos Estados Unidos e Canadá, que resultou em profundas transformações para a formação médica mundial (ALMEIDA FILHO, 2010).

Muito embora, ainda hoje, seja bastante questionado e criticado, o Relatório Flexner deve ser analisado a partir do contexto no qual foi produzido, ou seja, considerando-se a situação caótica em que se encontravam nesta época, as escolas de medicina nos EUA, aonde a ausência de controle estatal para o exercício da medicina impulsionou o surgimento de muitas escolas médicas “sem nenhuma padronização, estando vinculadas ou não a instituições universitárias, com ou sem equipamentos, com critérios de admissão e tempo de duração, diferenciados e independentemente de fundamentação teórico-científica” (PAGLIOSA; ROS, 2008, p. 494).

Diante deste cenário, vários estudiosos consideram que Flexner revolucionou a educação médica por reorganizar o ensino e a prática nas escolas, impondo o que seria em sua concepção o médico ideal: com amplo embasamento científico sobre o homem biológico e capacidades técnicas apuradas. Este relatório foi amplamente adotado em todo o mundo, reestruturando a formação médica e promovendo avanços científicos na medicina.

No entanto, o programa de reforma do ensino médico sofreu duras críticas das faculdades de medicina, especialmente a tradicional *Harvard Medical School*, antes de ser considerado padrão mínimo de qualidade na educação médica moderna (ALMEIDA BATISTA, 2013). Muito embora o Relatório de Flexner tenha representado o primeiro passo para as mudanças do século XX, seus parâmetros educacionais já não se aplicam nos dias de hoje (YAZBECK et al., 2000).

Após a segunda Guerra Mundial, Estados Unidos tornou-se uma grande potência e aumentou sua influência no mundo, principalmente na educação médica. Esta influência foi exercida fortemente na América Latina, a partir de 1955, através da “Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), das fundações *Rockfeller e Kellogg*, e pelas profundas implicações que o Relatório Flexner exercia na formação médica” (ALMEIDA; BATISTA, 2013, p. 193). Posteriormente, em 1962, foi aprovado o estatuto da Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina (Fepafem) e os médicos na América Latina se organizaram em associações (ALMEIDA, 2001).

Além disso, a agenda da reforma do ensino médico foi retomada ressaltando uma vertente da Reforma Flexner pouco conhecida no Brasil: a Medicina Preventiva. A estratégia de mobilização adotada foi a realização de vários eventos nos Estados Unidos e na América Latina, sob o patrocínio de fundações internacionais e da OPAS: I Congresso Pan-Americano de Educação Médica (1951, Lima/Peru), os Seminários sobre o Ensino da Medicina Preventiva (1955, Viña del Mar/Chile; 1956, Tehuacán/México) e a 1ª Conferência de Faculdades de Medicina da União de Universidades da América Latina – UDUAL (1957, México DF) (ALMEIDA FILHO, 2010).

Neste momento de transição da prática médica, o conceito de saúde é revisto como um processo de saúde-enfermidade, que justificam intervenções prévias à ocorrência concreta de sinais e sintomas em uma fase pré-clínica. A noção de prevenção é amplamente redefinida em primária, secundária e terciária; sendo incorporada a totalidade da prática médica ao novo campo discursivo (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Na América Latina, apesar das expectativas e investimentos de organismos e fundações internacionais, o único efeito desse movimento foi à implantação de departamentos

acadêmicos de medicina preventiva em países que, já na década de 1960, passavam por processos de reforma universitária (ALMEIDA FILHO, 2010).

Quanto ao Brasil, a reforma da educação médica preconizada no Relatório Flexner repercutiu tardiamente, pois no início do século XX, as faculdades de medicina ofertavam apenas “modelos retóricos de formação e, onde havia algum dinamismo científico, cultivavam laços com duas tradições europeias antagônicas: a escola francesa, com forte foco na clínica, e a escola alemã, marcada pela pesquisa laboratorial” (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 2237).

Em 1919, a Fundação Rockefeller concedeu bolsas de estudos para docentes da Faculdade de Medicina de São Paulo fazerem um estágio de dois anos na Escola de Saúde Pública da *Jonhs Hopkins University*. Entre 1922 e 1925, esses professores tentaram implantar na Faculdade de Medicina uma reforma curricular e institucional, baseada em disciplinas e removendo o sistema de cátedras.

No entanto, a adoção do tempo integral para os docentes das formações pré-clínicas (em departamentos e institutos), bem como a redução do número de alunos nas salas e enfermarias; desencadearam reações das cátedras clínicas e cirúrgicas que não aceitavam o princípio flexneriano da dedicação exclusiva. Diante de tal rejeição, em 1926 os docentes do Departamento de Higiene se desligaram da Faculdade de Medicina e formaram o Instituto de Higiene de São Paulo, vinculado ao governo estadual. Em 1939, este instituto tornou-se uma das unidades de ensino da Universidade de São Paulo denominada posteriormente de Faculdade de Higiene e Saúde Pública, historicamente separada da Faculdade de Medicina (MARINHO, 2001).

No Rio de Janeiro, Antônio da Silva Mello, catedrático de clínica médica da então Faculdade Nacional de Medicina, apresentou uma proposta de reforma da educação médica brasileira semelhante em vários pontos às propostas do Relatório Flexner: marco conceitual de base científica, dedicação exclusiva de docentes, revisão de currículos, redução de vagas, metodologia pedagógica baseada na prática, turmas menores em laboratórios e clínicas (KEMP; EDLER, 2004).

Apesar de dispor de “contatos políticos com governantes, os quais acionaram quando procurou reformar a mais prestigiosa faculdade de medicina do país, vinculada à Universidade do Brasil” (KEMP; EDLER, 2004, p. 581), Silva Mello não obteve êxito com sua proposta modernizante do modelo de formação médica de herança franco-lusitana.

O Relatório Flexner realmente implicava uma tentativa de integração capaz de superar uma profunda cisão entre modelos distintos de prática médica: a clínica e o laboratório. Entretanto, “a liderança da tradição clínica seria gradativamente ofuscada pela ascensão das

disciplinas básicas e pelas especialidades clínicas, agora associadas ao figurino norte-americano”, principalmente após a implantação dos primeiros hospitais-escola nas décadas de 1930 e 1940, com farto financiamento da Fundação Rockefeller (EDLER; FONSECA, 2005, p. 18).

No contexto das mudanças da formação médica brasileira, em 1962, é criada a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), com o objetivo de atuar nas discussões e decisões importantes para a elaboração das primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de medicina (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

A Abem, correspondendo aos anseios da transformação na educação médica, despontadas desde 1950 no mundo e mais tarde no Brasil, coordenou, entre os anos de 1987 e 1989, o Estudo da Educação Médica nas Américas (projeto EMA), criado pela Fepafem, cuja proposta era a participação das escolas médicas das Américas na 1ª. Conferência Mundial de Educação Médica, em Edimburgo, em 1988 (STELLA; CAMPOS, 2006).

Um movimento para expansão da atenção primária à saúde inicia-se em 1960, no Canadá e Estados Unidos, com ênfase na formação de médicos de família e tem sua expressão máxima na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Declaração de Alma-Ata, Cazaquistão, URSS/1978) (YAZBECK et al., 2000). Na conferência, destacam-se as discussões e propostas sobre as inconveniências do modelo flexneriano à realidade da saúde (CURY; MELO, 2006).

Nas décadas de 1970 e 1980, acontecem no Brasil os Programas de Integração Docente-Assistencial (IDA), uma estratégia alternativa nas relações entre a instituição formadora e os serviços, visando a mudanças no currículo médico e à reorganização dos serviços como espaços de prática. Prevvia-se um currículo modular por níveis de atenção médica em substituição ao modelo flexneriano, essencialmente hospitalocêntrico, disciplinar e direcionado por especialidades. Entretanto, a proposta de uma medicina integral e de reforma na educação médica, acabou por não acontecer. Notaram-se algumas modificações parciais, mas a essência do modelo hegemônico permaneceu na formação e na prática. No entanto, esses fatos serviram de base para críticas e a reorganização do sistema de saúde (ALMEIDA, 2001).

Em meio aos trabalhos da nova Constituição Brasileira de 1988, teve início à organização do sistema público de saúde, quando então surgiram ideias para reformular o ensino médico e foi editada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação no Brasil (LDB), Lei nº 9.394/1996, proposta por Darcy Ribeiro (ITIKAWA et al., 2008).

Novas propostas de mudança da educação médica latino-americana ressurgem em 1990 e, em 1993, é realizada a 2ª Conferência Mundial de Educação Médica, em Edimburgo. Nesse encontro a OPAS e a Fepafem convocam as escolas de medicina para um novo pacto social, com o propósito de reconstrução das relações entre a universidade, os serviços de saúde e a sociedade (ALMEIDA, 2001).

Neste período, destacaram-se no Brasil a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e a premente necessidade de elaborar e aplicar, no ensino médico, estratégias curriculares inovadoras em busca de diferenciais no perfil profissional do médico desejado (YAZBECK et al., 2000). Aliado a esse movimento, inicia-se a elaboração das DCN para vários cursos, tendo a Rede Unida de Desenvolvimento de Profissionais de Saúde (Rede Unida) como pioneira na apresentação de propostas, a partir da promoção de debates com ampla participação da sociedade (STELLA; CAMPOS, 2006).

O Conselho Federal de Medicina (CFM), em conjunto com várias outras entidades sindicais de outros campos e a Abem, em 1991, formaram a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem), com a proposta de conduzir um projeto de avaliação do ensino nas escolas médicas (pesquisa-ação), cujo diagnóstico propositivo contribuiu para o debate sobre as DCN (1999). Essas discussões previam a orientação do processo de formação médica, delineando diretrizes para a construção dos currículos, com referências ao processo de avaliação, gestão e docência nas escolas médicas, e com o olhar para as necessidades de saúde da população, segundo os princípios do SUS (STELLA; CAMPOS, 2006).

A Abem, em parceria com a Secretaria de Políticas Públicas no Ministério da Saúde (MS) e a OPAS, propõem a revisão e compatibilização do documento das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNS) com a proposta da Cinaem e da Rede Unida (STELLA; CAMPOS, 2006).

Em 2001, a Resolução nº 718/2001 do CNE foi aprovada com algumas modificações. As DCN representam o avanço das mudanças necessárias ao processo de formação médica, norteando reformas curriculares, orientando-as para integralidade e para utilização de estratégias de ensino-aprendizagem que aproximam a academia dos serviços, que estimulam os estudantes a serem agentes de transformação na sua formação profissional e que estejam vinculadas às necessidades de saúde da população (PAGLIOSA; DA ROS, 2008),

Entretanto, a responsabilidade institucional para a formação médica no Brasil entra em conflito com as novas concepções de educação para a formação profissional, as diretrizes nacionais que regulamentam os cursos de medicina e as necessidades sociais em saúde,

segundo as políticas atuais, além das possibilidades e limitações da própria academia (ALMEIDA; BATISTA, 2013).

1.2 Medicina: Formação Médica e Desenvolvimento Científico e Tecnológico

A complexidade da formação de recursos humanos para a saúde é grande, sendo necessário situar o contexto sócio-histórico e evolutivo em que ela ocorre. Desde a segunda metade do século 20, a área da saúde foi palco de transformação com impacto mundial de grandes proporções, pelas mudanças científico-tecnológicas em relação às épocas anteriores e pelas contradições ideológicas, filosóficas e éticas daí decorrentes (AMORETTI, 2005).

O desenvolvimento científico aplicado, sustentado pelas tecnologias de informática e automação, aumentou a eficácia dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. A produção de medicamentos, de instrumentos de alta precisão, de técnicas cirúrgicas avançadas, propiciada pelos equipamentos e uso dessas drogas, tornou a medicina resolutiva para um grande número de doenças agudas, crônicas, traumáticas, congênitas ou hereditárias, nas quais, anteriormente, poucos resultados positivos se poderiam obter. Transplante de órgãos, uso de próteses artificiais e orgânicas, angioplastia, ecografia, tomografia computadorizada, ressonância eletromagnética, equipamentos a laser, genética molecular, terapias gênicas e uma gama de equipamentos eletrônicos e medicamentos farmacológicos são os resultados expressivos desses avanços (BERNARD, 1997)

Esta revolução nas ciências biomédicas impulsionou um mercado mundial altamente especializado, restrito e agressivo, capaz de girar e concentrar um grande volume de dinheiro e promover lucros significativos. A saúde transformou-se rapidamente numa banca globalizada de negócios multinacionais, com um disputado movimento de inclusão, nele, de especialistas de diferentes categorias (AMORETTI, 2005).

Este potente fator estrutural promoveu um processo sem precedentes de cooptação passiva ou ativa de profissionais, não exclusivamente da área médica, que tornaram-se parceiros essenciais das emergentes indústrias farmacêuticas de equipamentos, materiais e insumos.

Entretanto, esta parceria eficaz não ficou isenta de desvios e sequelas. A incorporação tecnológica desenfreada passou a determinar a organização e a gestão dos hospitais, clínicas, faculdades e consultórios, como a formação dos profissionais. “O foco das práticas médico-hospitalares concentrou-se progressivamente na realização dos procedimentos propiciados

através de instrumentos de diagnóstico e tratamento e no uso de drogas” (AMORETTI, 2005, p. 137). Nesse sentido, constata-se que a dinâmica da produtividade mudou a relação profissional-paciente.

A renovação tecnológica em velocidade sem precedentes passou a determinar a necessidade de atualização permanente nos conteúdos do aprendizado e na formação dos profissionais. Fundamentos e conceitos anteriores de uma medicina baseada na relação médico-paciente, na escuta dos problemas, no humanismo e na consideração da unidade indissolúvel do corpo e mente foram muitas vezes deixados de lado. O indivíduo, as populações e suas necessidades, atendidas em domicílio pelo médico da família, até então eram consideradas objetos importantes da medicina e da saúde pública, foram relegadas, com o argumento da eficácia dos resultados obtidos, fossem eles em termos de diagnóstico ou de terapêutica clínica ou cirúrgica (AMORETTI, 2005).

A pesquisa biomédica progressivamente vem apresentando os bons resultados da nova clínica. As práticas baseadas nas evidências demonstradas por procedimentos, medicamentos e técnicas produziram a emergência permanente de novos produtos e inovações. O ensino se concentrou decisivamente nos hospitais, constituindo o moderno modelo hospitalocêntrico de assistência médica e o principal campo da formação. As pesquisas, inovações, ensino e assistência deram um direcionamento às aplicações do conhecimento científico neste período (AMORETTI, 2005, p. 137).

A nova racionalidade científica foi também um modelo totalitário, pois rejeitava todas as formas de conhecimento que não pautassem pelos princípios epistemológicos e as regras metodológicas. Esta foi sua principal característica; simbolizando a ruptura do novo paradigma científico com os que o antecederam (SANTOS, 2003).

Desta maneira, o ensino médico e as demais especialistas da área da saúde a partir dos anos 70. O diversificado desenvolvimento tecnológico impulsionou a divisão do trabalho especializado, influenciando de maneira sistemática os conteúdos curriculares, com a departamentalização curricular (AMORETTI, 2005).

Na medicina, a necessidade de treinamento e capacitação dos profissionais para o uso das tecnologias consagrou as residências médicas e a lógica da formação em serviço com aumento da formação de especialistas, nos hospitais de ensino. A gestão político-administrativa das instituições de saúde, públicas ou privadas, orientou-se, no geral, nesta direção (AMORETTI, 2005, p. 137).

Todo este desenvolvimento das ciências e tecnologias biomédicas trouxe resultados espetaculares, mas não houve acesso equitativo a elas. Contudo, neste mesmo período,

também foram buscadas novas soluções que focalizaram as possibilidades da saúde pública e de outras referências para as práticas integrais em saúde. Entre elas, destacou-se a Conferência Internacional de Alma-Ata, ocorrida no Cazaquistão (1978), que promulgou a diretriz “saúde para todos”, juntamente com a proposição da atenção primária em saúde (APS), como estratégia para atingir tal objetivo mundialmente até o ano 2000 (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Embora estes propósitos não tenham sido alcançados no prazo previsto, a especialidade do médico generalista, médico de família e comunidade passou a ser vista como complemento indispensável ao modelo das especialidades, consolidando a ideia de estabelecer uma ampla base de clínica geral, familiar e comunitária para a sustentação dos sistemas de saúde (AMORETTI, 2005, p. 138).

O conceito das abordagens e práticas multiprofissionais e interdisciplinares foi também reconhecido como o único caminho para a integralidade da assistência e o adequado cuidado às pessoas em suas múltiplas necessidades. Inúmeros movimentos e instituições passaram a atuar direcionados a estes objetivos (AMORETTI, 2005, p. 138). dentre os mais conhecidos estão a Abrasco e a Rede Unida.

No campo ético, uma reação aos para efeitos da inusitada incorporação tecnológica biomédica foi o surgimento da bioética, como um novo paradigma de reflexão e discussão dos limites éticos e jurídicos da manipulação do corpo, das distorções decorrentes do primado da tecnologia ou mesmo do acesso restrito aos benefícios do uso da moderna tecnociência (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Também significou dizer que a situação do homem – de todos os homens e mulheres – passou a ser um problema ético para o homem, ou seja, uma macroética (APEL KARL, 1989) se tornou necessária, fundada no princípio da responsabilidade com as populações, o meio ambiente e as gerações futuras (JONAS, 1995).

Cautela e prevenção se fizeram necessárias não apenas diante dos perigos da aniquilação nuclear, dos danos à ecosfera ou à biosfera, das guerras genocidas, mas também frente à brutal exclusão social, que promove no período de maior desenvolvimento das forças produtivas e das condições tecnocientíficas, um incremento perverso da pobreza, da miséria e da fome para grandes contingentes da população mundial (AMORETTI, 2005, p. 138).

Os graves problemas que se acumularam na área médica em decorrência desta evolução, com repercussões mundiais, levaram autores médicos a refletir criticamente e a buscar soluções para corrigir estes rumos (MEYER, 2000).

Propostas de políticas de acesso equitativo aos recursos disponíveis e de organização racional dos sistemas de saúde começaram a ser construídas, em menor ou maior grau, em muitos países (AMORETTI, 2005, p. 138).

1.3 Sistema Único de Saúde: Atenção Básica, Prevenção e Promoção da Saúde Pública

O processo histórico de alta incorporação tecnológica aconteceu também no Brasil, a partir da década de 1970 (TRIGUEIRO, 2002). No entanto, o movimento sanitário que fez oposição à ditadura militar, após o golpe militar de 1964, conseguiu influenciar, durante o processo de abertura democrática, a inclusão do capítulo referente à saúde da nova Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde como lei constitucional (AMORETTI, 2005, p. 138).

O SUS e seu novo modelo assistencial tornou-se um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, organizado em rede de serviços e garantindo acesso universal e gratuito a todas as pessoas, constituindo um fator de democratização e distribuição equitativa dos recursos aplicados. Traduziu-se, assim, em exemplo da participação do Estado na garantia dos direitos humanos e na realização de cidadania e justiça social (AMORETTI, 2005).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) revelou que dois terços dos brasileiros dependem do SUS. Segundo os dados, a rede pública foi responsável por 65,7% das internações que duram 24 horas ou mais no Brasil, sendo maiores as taxas no Nordeste (76,5%) e no Norte (73,9%). A região Sul aparece com 63,8%. O menor percentual foi registrado no Sudeste (58,8%) (IBGE, 2013).

Na alta complexidade, onde ocorrem os maiores gastos, 94% dos transplantes de órgãos, por exemplo, são realizados e financiados atualmente pelo SUS. O Brasil tem o maior programa mundial de transplantes de órgãos, proporcionalmente à população. O Brasil e a China estão entre os países com maiores índices de cobertura de vacinas, com 99,7% e 99,9% da população-alvo imunizada em 2016, respectivamente (AGÊNCIA BRASIL, 2017).

A organização dos serviços de assistência e cuidados em saúde conta, especialmente nos principais hospitais universitários de ensino e pesquisa do país, com as tecnologias mais complexas disponíveis nos países avançados. No entanto, em muitas regiões rurais e até mesmo nas áreas urbanas, as estruturas de saúde ainda são arcaicas, ineficientes e ineficazes, sendo que em muitos municípios sequer existe médico (AMORETTI, 2005).

As principais variáveis na discussão da formação dos recursos humanos necessários à saúde no Brasil são harmonizar a medicina eficaz com o uso racional das tecnologias disponíveis, em um sistema bem organizado. Além disso, qualificar os profissionais de todas as categorias da saúde para uma assistência integral, humanizada e com responsabilidade pela continuidade dos cuidados prestados (AMORETTI, 2005).

Desta maneira, é preciso aproximar lógicas antagônicas de interesses conflitantes que ocorrem durante a “incorporação das tecnologias de ponta e nos corporativismos profissionais, em busca de integralidade dos cuidados de atenção à saúde das pessoas e da construção de um sistema racionalmente organizado, com diretrizes definidas, acesso equitativo e controle social” (AMORETTI, 2005, p. 139). Para tanto, faz-se necessário à inserção de políticas públicas de Estado, reguladoras desta transição.

1.4 O Ensino Médico no Contexto Contemporâneo

O mundo da medicina e da saúde está em crise. O excesso de tecnologias que surgem e rapidamente se renovam se contrapõe à completa carência de acesso aos mais elementares recursos da medicina e da saúde pública para grande parte da população. “Para muitos, o médico é um vilão egoísta e insensível, representante dos interesses das indústrias farmacêuticas e biotecnológicas. No contexto atual, as novas exigências aos profissionais da saúde em geral, em especial ao médico em particular” (AMORETTI, 2005, p. 142).

A profissão médica atravessa uma profunda perda de identidade. A identidade do médico se constituiu historicamente com características muito particulares e enfrenta agora um grande conflito: sobreviver sem mudanças ou mudar evoluindo conforme as expectativas da sociedade atual, que tencionam os posicionamentos político-sociais, a formação acadêmica e as práticas médicas. A educação profissional carece de uma reflexividade crítica que possibilite a adequação do médico às expectativas sociais (LAMPERT, 2002).

Em razão disso, é necessário considerar as circunstâncias histórico-sociais do processo que levou ao atual modelo de formação dos médicos e dos sistemas de saúde constituídos. Assim, o perfil dos novos profissionais está se delineando por exigências da sociedade. Em contrapartida, é preciso o reconhecimento do trabalho do médico e dos demais profissionais da área da saúde, com a retribuição por meio de salários adequados e a valorização das profissões e carreiras (AMORETTI, 2005).

Nas últimas décadas, o ensino médico vem sendo analisado e amplamente discutido pelos profissionais de medicina, pelos meios de comunicação e a sociedade como um todo; devido a grande insatisfação da população com o atendimento dos serviços de saúde, bem como a necessidade de reformular a formação médica no país devido às demandas surgidas a partir da prática dos profissionais (COSTA, 2010).

No Brasil, os debates sobre a formação de recursos humanos na área da saúde intensificaram-se a partir da nova concepção do Serviço Único de Saúde (SUS) nos anos 1980, haja vista a discrepância existente entre a universidade, as necessidades de saúde da população e os serviços ofertados pela rede de saúde pública. Para atender estas demandas, o Ministério da Saúde ampliou sua atuação, criando a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) para definir políticas de formação, distribuição e gestão dos trabalhadores em saúde (JESUS & RIBEIRO, 2012).

Nesse sentido, vale lembrar que ao se considerar os princípios de “universalidade, equidade e integralidade consolidado com o SUS, faz-se necessário uma profunda transformação das escolas médicas, que devem formar profissionais com uma compreensão mais ampla e abrangente das demandas e necessidades humanas de saúde” (MILLAN, 1999; apud CHAZAN, 2015, p. 68). Dentre estas incluem condições de vida adequadas, acesso às diversas tecnologias em saúde, vínculo com os profissionais ou equipes de saúde que atendem e a possibilidade do desenvolvimento crescente da autonomia sobre as escolhas de vida (CHAZAN, 2015).

Em função destes aspectos é que o Ministério da Saúde vem implementando medidas estruturantes com perspectivas de impacto futuro. Dentre essas medidas inclui-se a formação médica, por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), para os cursos de graduação em medicina (BRASIL, 2014); o Programa de Incentivo à Mudança Curricular no Curso de Medicina (PROMED); o Programa Mais Médicos com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS; e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que visa à integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2013).

Além desses, o MEC por meio da CAPES lançou o Mestrado Profissional Associado a Residências em Saúde, visando aproximar a necessidade de formação de pesquisadores e educadores aos programas de residência (REBELATTO et al., 2011). As profissões de saúde com períodos longos e atividades intensas de treinamento em trabalho, devem ser estimuladas para desenvolver aprendizagens relativas a especialização, já que podem contribuir para a construção do conhecimento científico e a formação de habilidades do processo ensino-aprendizagem.

A intersecção entre o mestrado profissional e a residência médica foi uma maneira de corrigir o “tempo utilizado para se formar um professor universitário ou pesquisador” em alguns setores da saúde, em especial a medicina (REBELATTO et al., 2011, p. 58). Após seis anos no curso de graduação, o estudante busca a especialização em residência médica: de dois a cinco anos. E, caso este se interesse pela docência universitária e pesquisa científica terá ainda de dois a sete anos no mestrado e doutorado.

Desta maneira, o tempo dedicado entre a formação médica, a residência e à docência em medicina pode chegar a dezoito anos, o que para o MEC seria contraproducente o retorno do investimento educacional no indivíduo (MAGALHÃES, 2012).

Vale lembrar, que com a implantação de novos cursos de medicina e de programas de residência médica no país, visando adequar às necessidades de saúde da população, aumenta a demanda de novos professores qualificados, cuja docência seja focada não apenas em formar médicos competente tecnicamente, mas futuros profissionais que tenham um conjunto de conhecimentos e habilidades relacionais; com vivência no acesso universal e de humanização no atendimento e integração efetiva com os serviços de saúde pública (COSTA, 2012).

1.4.1 Perfil do Médico Contemporâneo: atributos e habilidades

Dentre os principais atributos e habilidades para o exercício profissional do médico contemporâneo, destaca-se:

- Desenvolvimento de uma visão reflexiva e crítica a respeito de sua profissão e de suas práticas;
- Ampliação de conhecimentos humanísticos em ciências sociais, antropologia e filosofia, capazes de propiciar esta reflexividade crítica;
- Manutenção e renovação permanente dos conhecimentos científico-tecnológicos propiciados pela moderna tecnociência, que de forma alguma podem ser abandonados, mas precisam ser incorporados e utilizados com senso crítico e racionalidade;
- Aumento dos conhecimentos baseados na epidemiologia, para a assistência resolutiva das patologias prevalentes nas populações;
- Maior participação coletiva na gestão do sistema público de saúde;
- Conhecimentos de comunidade, família e técnicas grupais;
- Ampliação dos conhecimentos e das práticas multidisciplinares e interdisciplinares necessárias ao trabalho em equipe multiprofissional e integração com os profissionais das demais profissões da área da saúde;
- Aumento dos conhecimentos em psicologia, saúde mental e construção de subjetividade, que são recursos de relacionamento fundamentais às práticas dos profissionais da saúde;
- Ampliação dos conhecimentos em saúde coletiva, gestão da saúde e informação em saúde, segundo as diretrizes do SUS;
- Incorporação dos conhecimentos de educação para a promoção da saúde, de métodos de ensino-aprendizado e de técnicas pedagógicas de preceptoria, tutoria e outras;

- Incorporação dos conhecimentos sobre cuidados e responsabilização das equipes de saúde às pessoas assistidas, com continuidade da assistência em toda a linha de atenção à sua saúde, desde o cenário pré-hospitalar, no hospitalar e também propósito da formação destes novos profissionais, em busca de suas novas características.
- Integração dos conhecimentos e práticas da assistência, do ensino e da pesquisa, com prioridade para as ações de atenção às necessidades concretas de saúde da população;
- Inclusão da bioética como paradigma de orientação ética pelos direitos humanos das pessoas, das populações e das gerações futuras, nas práticas cotidianas e atenção para todos os fatores éticos necessários às mudanças na cultura médica (HOTTOIS, 1990; REGO, 2003).

Neste processo, o grande impedimento é a própria formação dos docentes médicos, tutores e preceptores, modelos para seus alunos e residentes, pois eles estão marcados justamente pelos atributos que dão o caráter formativo aos alunos das faculdades de medicina e aos profissionais recém-egressos das residências. Assim, uma das questões fundamentais a considerar é como educar e/ou capacitar os professores e preceptores de medicina para que atendam às necessidades e demandas sociais da área da saúde, trazendo para o debate o saber/fazer docente e o saber/fazer profissional (URTIAGA, 2004).

Nessa perspectiva, torna-se relevante refletir e “[...] interrogar-se sobre como transformar a preocupação com o outro – nossos pacientes, pessoas que vivem em nossas comunidades, pertencentes como nós a uma população específica, deste país da América Latina – em meta de nossos cuidados” (AMORETTI, 2005, p. 142). Esta se torna, portanto, a difícil tarefa do médico e demais profissionais da saúde. E ao poder público, os Ministérios da Educação e da Saúde, cabe a responsabilidade de articular suas políticas de governo com vistas à indução dos centros formadores em direção a objetivos comuns pactuados.

1.4.2 Residência médica e preceptoria

O programa de Residência Médica (RM) caracteriza-se por treinamento em serviço durante período integral; tendo-se por objetivos o aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional e científico, a melhoria da assistência médica à comunidade e a formação de pessoal para o exercício da docência (MOURA, 2013).

Em 1848, a Associação Médica Americana divulgou um manifesto favorável a um sistema de instrução baseado na utilização da rede hospitalar para o ensino médico. Esta nova modalidade de formação de recursos humanos em medicina tinha por objetivo o ensino da prática clínica hospitalar e o treinamento profissional em serviço de RM. O termo residência

foi denominado por ser o requisito básico: morar na instituição onde seria desenvolvido o programa e de estar à disposição do hospital em tempo integral (NUNES, 2004).

No Brasil, os programas de RM foram implementados, a partir de 1944 no Hospital das Clínicas do Governo de São Paulo (USP), nas áreas de cirurgia, clínica médica e no serviço de físico-biológica aplicada. Posteriormente, em 1948, o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, iniciou um programa de RM; sendo que até os anos 1960 estes programas estavam concentrados nos hospitais públicos tradicionais e nos universitários (NUNES, 2004).

Posteriormente, em 1997, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) foi criada com o objetivo de regulamentar esta modalidade de ensino no país. A Lei 6.932/1981 define a RM como modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos. Trata-se de cursos de especialização caracterizados por treinamentos em serviço, que funcionam sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional. Esta lei determina também que o uso da expressão Residência Médica é restrito aos programas para graduados em medicina; a conclusão de um programa credenciado garante o título de especialista na área (BRASIL, 2017).

Os programas de Residência Médica passaram a ser credenciados pela CNRM, após atender aos pré-requisitos vigentes na Resolução 05/2002 e outorgar bolsa de estudo com valor mínimo estabelecido por lei. Nos locais de funcionamento dos programas de RM são obrigatórias as Comissões de Residência Médica (COREME), constituídas por médicos residentes, supervisores dos programas e direção da instituição, com regimento próprio e funcionamento de acordo com as determinações da CNRM.

Nos últimos anos, a CNRM, em conjunto com CFM e a ABEM definiu as 52 especialidades médicas no país e suas respectivas áreas de atuação, que são e/ou poderão ter todas as especialidades médicas reconhecidas como tal e as áreas de atuação como anos opcionais (NUNES, 2004). Os programas de Residência Médica estão regulamentados há mais de vinte anos. Nesse período, foi objeto de interesse principal dos médicos residentes por meio da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR) e de docentes e médicos envolvidos com os programas e as comissões das entidades médicas.

A RM está consagrada como a melhor forma de inserção de profissionais médicos na vida profissional, sob supervisão e capacitação em uma especialidade. Entretanto, apresenta uma série de particularidades que por vezes complicam o fluxo e a evolução dessa modalidade de pós-graduação *lato sensu*. Atualmente, observa-se que os principais problemas

podem ser resumidos em quatro aspectos: avaliação, necessidade, acesso e financiamento (NUNES, 2004).

A organização pedagógica da Residência Médica é desenvolvida pelo Ministério da Educação (MEC), de forma legítima, já que se trata de modalidade de pós-graduação. Assim é que os aspectos pedagógicos dos programas de RM são da responsabilidade do MEC por meio da CNRM.

Entretanto, o financiamento das bolsas é de responsabilidade de outros órgãos, sendo os dois principais o próprio MEC e o Governo do Estado de São Paulo. Essa dissociação possibilita o credenciamento de vagas com base no mérito do programa proposto, mas, por outro lado, com a crise econômica, tem gerado um descompasso entre o número de vagas credenciadas e o número de bolsas ofertadas. Mas ainda, em alguns momentos ocorrem tensões, quando a CNRM estabelece piso nacional sem uma discussão prévia com os demais gestores (NUNES, 2004).

Nos últimos anos, a questão econômica tem afetado a posição assumida pelo Ministério da Previdência de cobrar integralmente o INSS devido, tanto dos médicos residentes, como das instituições que oferecem os programas. Desde então, a CNRM e a ANMR têm buscado demonstrar que bolsa de estudo deve ter um tratamento diferenciado, não podendo ser tratada como salário, para não restringir ainda mais o escasso financiamento para um programa adequado de RM.

Discute-se a necessidade da participação de outros segmentos na elaboração do projeto da Residência Médica no país, como gestores, usuários e estudantes. Um segundo ponto importante são as poucas vagas de residência médica ofertada a todos os egressos da graduação, haja vista o número crescente de formandos sem recursos financeiros (NUNES, 2004).

Além disso, as mudanças ocorridas na prática médica e a necessidade de cumprir os princípios do SUS, que, colocado em prática, atenderia de forma ideal a população brasileira na sua totalidade. Mediante esta realidade, os gestores de saúde vêm discutindo a necessidade de direcionar bolsas para novos programas como o de Saúde da Família e da Comunidade, Mastologia, e outros, como Medicina do Trauma e Medicina Intensiva. Entretanto, as restrições econômicas limitam e/ou dificultam a liberação de recursos, tendo em vista que estes não aumentaram de forma proporcional a demanda havendo (NUNES, 2004).

O problema econômico gera uma falsa questão, que é a irreal disputa entre as assim chamadas áreas básicas e de especialidade e subespecialidades. Corrigido o problema econômico, o direcionamento de bolsas para a formação de especialistas e médicos gerais

deve se pautar em evidências reais de demanda de saúde da população. Não existem dados nacionais a esse respeito, mas estão sendo construídos por um consórcio estabelecido entre a ABEM, AMB, CFM e Ministério da Saúde. Há também estudos estaduais em andamento na Bahia e em São Paulo. Além de sua principal missão, esse projeto cumpre também o papel de iniciar uma aproximação entre os interessados pela formação médica pós-graduada, no sentido *lato* (NUNES, 2004).

A existência de 2.550 programas não implica necessariamente garantia de qualidade. É urgente avaliar os programas em curso, envolvendo todos os interessados, como as sociedades de especialistas, os conselhos de medicina e as escolas médicas, num esforço concentrado para estabelecer critérios técnicos, éticos e de demanda para distribuição de bolsas, a fim de garantir a qualidade da formação (NUNES, 2004).

Outra questão importante decorre da concentração de escolas e dos demais indicadores de saúde na Região Sudeste do país, gerando um desequilíbrio entre essa região e outras, como a Região Norte. A solução de uma questão com essa magnitude exige, no nível da formação, disponibilidade, conhecimento técnico e a criação urgente de um programa de cargos e salários para o médico, como já ocorre em outras profissões (NUNES, 2004).

O acesso, da maneira como está regulamentado, tem sofrido muitas críticas. A resolução 01/2001 estabelece que os candidatos à admissão em Programas de Residência Médica deverão se submeter a processo de seleção pública. A seleção de candidatos aos Programas de Residência Médica consistirá, obrigatoriamente, em prova escrita objetiva sobre conhecimentos de Medicina, com igual número de questões nas áreas básicas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia, e Medicina Preventiva e Social, podendo ser realizada em uma ou mais fases, com ponderações distintas, a critério da instituição, totalizando o peso mínimo de 90%; a critério da instituição, de prova oral, entrevista ou avaliação curricular com peso máximo de 10% (NUNES, 2004).

Esta resolução, que se originou de denúncias e pretendeu garantir o princípio de justiça e direito iguais a todos os brasileiros, confronta-se em alguns aspectos com as Diretrizes do Ensino de Medicina no país e tem gerado consequências nefastas, como o afastamento dos alunos dos estágios práticos para a preparação para os processos seletivos, pautados em conhecimento, em detrimento de habilidades e atitudes. Das discussões relacionadas a esse tema, os critérios, mas o conteúdo das provas, ficando como um desafio para as escolas médicas, particularmente para as universidades, elaborar novas formas de seleção que permitam a inclusão e análise dos outros dois aspectos da formação. É necessário também, durante a graduação, debater com os alunos o tipo de médico que se pretende ser e os

possíveis locais de habilitação, rompendo com a situação atual de buscar os centros consagrados, independentemente do projeto pedagógico proposto.

Em um dos últimos Congressos da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM, 2009), a plenária aprovou os seguintes pontos em relação aos aspectos políticos e pedagógicos:

a) Aspectos políticos

- ✓ Reconhecimento da ABEM como representante legítima do processo pedagógico de Educação Médica em todos os seus níveis;
- ✓ Adequação da Residência Médica ao sistema de saúde vigente, priorizando o controle social; Redefinição e fortalecimento das CERM's;
- ✓ Cobrança de definição de uma política clara de saúde nacional em longo prazo;
- ✓ Rediscussão do papel e da composição da CNRM, considerando a inserção de gestores municipais e estaduais, usuários e estudantes;
- ✓ Oferta de PRMs como um dos critérios para a abertura e funcionamento de escolas médicas.

b) Aspectos pedagógicos

- ✓ Equilíbrio entre cognição, habilidades e atitudes;
- ✓ Reavaliação dos critérios atuais de seleção, incluindo a distribuição entre avaliação de conhecimentos, entrevista e currículo;
- ✓ Fóruns regionais e nacionais;
- ✓ Criação de um núcleo dentro da ABEM, com representação regional e dos diferentes segmentos envolvidos, para deliberar sobre as questões previamente abordadas e gerar conhecimento.

1.4.3 Preceptoria: competências pedagógicas

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) promoveu, em 2012, o Curso de Desenvolvimento de Competências Pedagógicas para a Prática da Preceptoria na Residência Médica e a Universidade Federal de Goiás (UFG) se constituiu como um dos doze Centros Colaboradores do Projeto. O curso, com cinco meses de duração, desenvolveu-se na modalidade semipresencial, para turmas de até 25 preceptores. Cada turma foi subdividida em dois grupos de trabalho, tanto nas atividades presenciais como nas atividades em Educação a Distância (EAD) (SANTOS et al., 2012).

No primeiro módulo presencial do Curso de Goiás, cada grupo de preceptores definiu e pactuou um tema a ser desenvolvido ao longo do curso, caracterizado como perguntas de aprendizagem, que foram:

Grupo 1: Em que podemos contribuir no processo de regulamentação das políticas para a preceptoria (identidade, capacitação e valorização)?

Grupo 2: Quais as estratégias para se obter o apoio institucional para os programas de Residência Médica

Preceptoria médica: identidade, capacitação e valorização. Ao analisar os aspectos históricos da residência médica, a preocupação com a preparação profissional daqueles que cuidam da saúde da população é uma constante na história da humanidade. Desde a época mais remota, nas tribos primitivas, os candidatos a exercerem a função de pajé eram cuidadosamente selecionados e treinados. Na educação médica não é diferente.

Desde então, esses profissionais mais experientes que se ocupam da formação médica vêm recebendo diferentes denominações, entre as quais preceptor, supervisor, tutor e mentor. Cada um desses termos significa uma grande variedade de funções, intervenções e atividades ligadas à educação médica, tanto na graduação como na residência.

A palavra preceptor vem do latim praecipio, “mandar com império aos que lhe são inferiores”. Era aplicada aos mestres das ordens militares, mas, desde o século 16 é usada para designar aquele que dá preceitos ou instruções, educador, mentor, instrutor.

Designa aquele profissional que não é da academia e que tem importante papel na inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho.

A instituição deve garantir o cumprimento de normas regulamentares e estatutárias relativas aos ambientes de trabalho de seus residentes. O apoio necessário ao preceptor se refere a uma legislação para criação de uma carreira própria que permita a qualificação e especialização, remuneração justa e valorizada, a pesquisa transformadora da realidade social, a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. O preceptor tem a função de estreitar a distância entre teoria e prática.

Supervisor: segundo o dicionário é aquele que dirige, controla, vigia, cuida de tudo e se responsabiliza para que tudo se faça corretamente e de maneira segura. Na literatura da área da saúde, o supervisor tem o papel de medir e desenvolver conhecimentos e habilidades de profissionais em início de carreira em seus próprios ambientes clínicos. O supervisor tem importante função para melhorar o nível de qualidade da atuação profissional, o que é bom para o próprio profissional e também para o usuário do serviço de saúde. A supervisão é um

componente essencial, que marca a boa qualidade do cuidado com a saúde, sendo importante para melhorar o serviço ofertado ao paciente.

O supervisor já foi diferenciado do preceptor apenas pelo número de recém-formados (ou de alunos da graduação) por professor e pela atividade básica deste. Para esses autores, supervisão ocorre quando existem de seis a oito novos profissionais por professor, que basicamente atua na pesquisa e área acadêmica; já na preceptoria, a relação é de um único recém-formado por professor, um profissional que atua basicamente no serviço de saúde. Na verdade, a palavra supervisor pode ser usada em várias situações.

A ação do supervisor está relacionada a uma relação de troca entre profissionais com o objetivo de desenvolver habilidades; o supervisor pode estabelecer, com um recém-graduado, uma relação baseada na prática, demonstrando as próprias habilidades e guiando todo o processo de inserção do neófito.

Existe uma diferença no conceito de supervisão entre americanos e europeus. Na literatura norte-americana, relacionam-se mais com o conceito de supervisor, o treinamento de habilidade técnica profissional e a excelência no desempenho dessa habilidade, para que alguém possa exercer a supervisão. Já a literatura européia faz maior aproximação do supervisor com os aspectos pessoais, relacionais e também clínicos do cuidado ao paciente. Para os europeus, é essencial que o supervisor funcione como suporte e seja capaz de proporcionar reflexão sobre a prática diária do profissional de saúde, função muito semelhante à do mentor.

Tutor: Nas literaturas americana e europeia, designa o professor que se preocupa em ensinar o aluno a “aprender a aprender”, principalmente para designar a atividade exercida pelo mentor; ou ainda para designar as funções daquele que auxilia e estimula o processo de aprendizado no cenário da Aprendizagem Baseada em Problemas. Esse profissional é aquele que ajuda o residente a perceber e reconhecer suas potencialidades e fraquezas profissionais e pessoais; e tem importante papel na escolha da especialidade a seguir e do caminho a ser percorrido pelo jovem profissional.

1.4.4 UFT: a Universidade e a implantação do curso de medicina

A Universidade Federal do Tocantins (UFT) foi instituída em 23 de outubro de 2000 pela Lei nº 10.032 a partir da transferência dos cursos e da infraestrutura da então Universidade do Tocantins (Unitins), mantida pelo governo estadual. Mas, a sua implantação somente foi efetiva em maio de 2003, com a posse dos primeiros professores da Instituição. A

primeira Comissão Especial de Implantação da UFT foi nomeada pela Portaria de nº 717 de 18 de abril de 2001, com os objetivos de elaborar o Estatuto e um projeto de estruturação da nova universidade (UFT, 2017).

O Decreto nº 4.279/2002 atribuiu à Universidade de Brasília (UnB) competências para adotar as providências necessárias a sua implantação quando então foi designado o professor Dr. Lauro Morhy, na época reitor da UnB, para o cargo de reitor pro tempore da UFT. No mesmo ano foi firmado o Acordo de Cooperação nº 01/2002 entre a União, o Estado do Tocantins, a Unitins e a UFT, com interveniência da UnB, para viabilizar a implantação definitiva da Universidade. Decorridos os procedimentos jurídicos e burocráticos; estabelecendo funções e responsabilidades a cada um dos órgãos representados; aconteceu a posse dos professores e o processo para realização da primeira eleição dos diretores de câmpus da Universidade (UFT, 2017).

A UFT foi à primeira universidade brasileira a estabelecer cotas para estudantes indígenas em seus processos seletivos. A reserva de vagas foi instituída desde o primeiro vestibular da Instituição, realizado em 2004. O processo de criação e implantação da universidade representa uma grande conquista para o povo tocantinense e a Universidade não para de crescer, tendo passado de cerca de oito mil alunos e 25 cursos de graduação, em 2003, para mais de 20 mil alunos, em 57 cursos de graduação e 30 programas de pós-graduação nos seus primeiros 13 anos de existência (UFT, 2017).

O Curso de Medicina da UFT foi criado em maio de 2006, através da Resolução Consepe Nº 02/2006, autorizado pelo Decreto nº 5.773/2006, Art. 28. Com reconhecimento da Portaria MEC nº 189, de 01/10/2012 - DOU de 03/10/2012, Seção 1, p. 1.

O curso tem como prioridade a formação de um profissional médico com qualidades técnicas e humanistas, capaz de trabalhar em conjunto com outros profissionais da área de saúde. O egresso deste curso deverá ter habilidades e competências para intervir no processo de desenvolvimento regional, apresentar propostas e realizar ações de saúde integral, no contexto da Amazônia Legal (UFT, 2017). Esse profissional, identificado com os valores éticos e culturais dos povos da Amazônia, também saberá reconhecer e responder as necessidades de saúde da população relacionadas aos agravos pertinentes à formação médica.

A revisão de literatura que serviu de embasamento teórico para este trabalho permitiu elaborar os seguintes objetivos: geral e específicos apresentados no próximo capítulo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar as Competências Pedagógicas do Curso de Preceptoría Médica no Tocantins e quais, sob a percepção dos Residentes de Medicina, são mais estratégicas para a formação médica no contexto contemporâneo.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Descrever as Competências Pedagógicas necessárias ao desempenho da atividade de Preceptoría de Residência Médica;
- ✓ Identificar as Competências Pedagógicas dos Preceptores de Residência Médica, sob a Percepção dos Residentes de Medicina, no Tocantins;
- ✓ Sistematizar as Competências Pedagógicas mais estratégicas para a formação/capacitação de Preceptores, no contexto do Ensino Médico contemporâneo.

3 MEDODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória com método de abordagem qualitativo, o que permitirá avaliar as competências pedagógicas de preceptores de Residência Médica, no Tocantins, a partir da percepção dos residentes de medicina. Segundo Minayo (2014, p. 57), a abordagem qualitativa é a que melhor se aplica ao estudo “das representações, das crenças, das percepções e das opiniões”; enquanto a pesquisa descritiva busca distribuir a ocorrência do problema segundo característica representada por variáveis circunstanciais que se liga a fatos ou medidas de tempo, lugar ou pessoa (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

O embasamento teórico deste estudo está vinculado ao método dedutivo e a técnica de pesquisa bibliográfica foi desenvolvida mediante revisão de literatura nas bases de dados Google Acadêmico, SciELO, Bireme e CAPES.

As principais referências do estudo foram: a Resolução nº 3/2014, sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN); o Projeto Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a prática da Preceptoría da ABEM (2012/2014); a Lei nº 12.871/2013 do Programa Mais Médicos; a Resolução CNS nº 466/2012; a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde; bem como bibliográficas, políticas técnico-acadêmicas e analíticas direcionadas ao contexto.

O universo de investigação foi conformado pelos 177 médicos residentes matriculados no Programa de Residência Médica da Universidade Federal do Tocantins (UFT), no período de 2011 a 2016, distribuídos nas especialidades de anesthesiologia, angiorradiologia e cirurgia endovascular, cirurgia do trauma, cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia videolaparoscópica, clínica médica, infectologia, medicina de família, medicina intensiva, medicina intensiva pediátrica, nefrologia, ginecologia e obstetrícia, psiquiatria e reumatologia; exceto as de pediatria.

Foram considerados como critérios de inclusão os formados e concluintes de Residência Médica da UFT, do período de 2011 a 2016. Levou-se em consideração o período compreendido entre a data de abertura da Residência Médica no Tocantins em 2011 e a elaboração do Projeto de Mestrado submetido à seleção para o Mestrado Profissional de Ciências da Saúde em 2016.

E como critérios de exclusão foram considerados os formandos de Residência Médica da UFT que não integraram o período de formação entre 2011 e 2016; todos os residentes de

pediatria do referido período; mulheres grávidas; os não sorteados; os que não mais residiam no Tocantins e aqueles que não concordaram em participar da pesquisa e/ou se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Segundo Minayo (2014, p. 196), “numa abordagem qualitativa, [...] busca-se um critério de representatividade numérica que possibilite a generalização dos conceitos teóricos que se quer testar”. Por isso, o pesquisador deve focar seu estudo mais no aprofundamento, abrangência e na diversidade do processo de compreensão do grupo estudado. Assim sendo, “uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo” (MINAYO, 2014, p. 197).

A proximidade com o campo e com os próprios sujeitos de pesquisa na saúde colocam os médicos numa posição vantajosa em relação aos problemas de pesquisa de natureza qualitativa por causa de sua experiência na assistência, no contato com as pessoas e na busca de compreensão de seus problemas (TURATO, 2005). Por isso, essa aproximação deve ser construída e mediada por estratégias de aproximação, de entendimento e de interpretação (TAQUETTE et al., 2015).

Estudos realizados sobre análise qualitativa na medicina indicaram “a necessidade de melhorar a formação humanista do médico, incluindo, no currículo, disciplinas de filosofia e ciências sociais, pois trabalhar com métodos qualitativos exige conhecimento sobre esses fundamentos” (TAQUETTE et al., 2015). Assim, torna-se relevante incentivar o uso da pesquisa qualitativa por médicos através de investimentos em sua formação desde o início da graduação e participação em projetos de pesquisa qualitativa.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, foi utilizada a técnica de amostragem probabilística aleatória simples por sorteio a partir da lista de médicos residentes matriculados no Programa de Residência Médica da UFT¹, no período de 2011 a 2016, cuja probabilidade de um indivíduo desta população ser escolhido é conhecida (MINAYO, 2014; BEUREN, 2004).

Como o foco deste estudo foi à preceptoria de residência médica no Estado do Tocantins, utilizou-se também a técnica de grupo focal (*focus group*), para conhecer as percepções, sentimentos, atitudes e ideias dos residentes de medicina sobre as competências pedagógicas dos preceptores de saúde.

¹ Relatório de Residentes da Universidade Federal do Tocantins (UFT), ingressos no Programa de Residência Médica da UFT, no período de 2011 a 2016. Documento gentilmente fornecido pela Comissão de Residência Médica (COREME) da UFT (2016).

A técnica de grupo focal é um dos instrumentos de pesquisa qualitativa mais amplamente utilizados nas ciências sociais aplicadas (BERG, 1998). A principal vantagem desta técnica é a oportunidade de observar uma grande quantidade de interação a respeito de um tema em um período de tempo limitado. No grupo focal, não se busca o consenso e sim a pluralidade de ideias (MORGAN, 1997).

Assim sendo, foram sorteados da lista supracitada, oito (08) médicos residentes de áreas de especialidades distintas, sendo dois (02) de cada uma das turmas de matriculados no Programa de Residência Médica da UFT de 2011 e de 2012; e um (01) também de cada uma das turmas de 2013, 2014, 2015 e 2016.

Buscando alcançar os objetivos propostos neste trabalho, os 08 (oito) residentes sorteados para participarem do estudo foram distribuídos em três grupos focais conforme descritos a seguir:

Grupo 1: Dois (02) médicos residentes ingressos no Programa de Residência Médica da UFT, da Turma de 2011, orientados por preceptores sem formação no curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a prática da Preceptoría Médica (DCPPPM) (ABEM-UFT), haja vista que a primeira turma de preceptores capacitados somente ocorreu no final do 2º semestre de 2012. E, os médicos residentes da turma de 2011 concluíram sua formação em 2012.

Grupo 2: Dois (02) médicos residentes ingressos na Residência Médica da UFT, da Turma de 2012, os quais foram orientados por preceptores com e sem formação no curso de DCPPPM (ABEM-UFT). Como os médicos residentes da turma de 2012 concluíram sua formação em 2013, estes tiveram preceptores com e sem capacitação.

Grupo 3: Quatro (4) médicos residentes ingressos na Residência Médica da UFT, sendo um de cada uma das Turmas de 2013, 2014, 2015 e 2016, os quais foram orientados por preceptores com formação no curso de Preceptoría Médica (ABEM-UFT).

O instrumento utilizado para a coleta de dados ou construção das informações da pesquisa foi o da entrevista semiestruturada com perguntas abertas, organizada por um conjunto de questões direcionadas ao tema objeto deste estudo, que foi aplicada aos oito (08) médicos residentes da UFT, em Palmas, TO, amostra deste estudo, possibilitando ao participante responder livremente.

O projeto de pesquisa deste trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFT, em Palmas, Tocantins, e a Plataforma Brasil, que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos; sendo aprovado (Processos CEP: nº 072038/2017 em 24/06/2017 e aprovado em 07/07/2017 PB nº 000/2017).

Em relação aos aspectos éticos foram respeitados os princípios da Bioética (autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade), e de acordo com a vigente Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Os participantes foram convidados e informados dos objetivos, riscos, danos, relevância social da pesquisa e respeito à privacidade (sendo devidamente esclarecidos que eles não seriam identificados em suas respostas), tendo permissão de desistir, em qualquer momento, sem que isso traga qualquer prejuízo ao participante do estudo, podendo receber os resultados da pesquisa quando forem publicados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), constante no Apêndice B.

A estratégia de aplicação da pesquisa foi feita mediante explicação do projeto aos participantes do estudo. Somente após os esclarecimentos pertinentes, os respectivos residentes de medicina foram convidados a participarem da pesquisa.

O agendamento das entrevistas com os médicos residentes sorteados para participarem deste estudo foi feito pessoalmente, por telefone e e-mail. Depois de informados individualmente sobre os procedimentos da pesquisa; o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado pelos residentes.

As entrevistas foram realizadas individualmente, no período de 26 de setembro a 26 de outubro de 2017, e gravadas através do aparelho celular com posterior transcrição dos áudios dos entrevistados e elaboração das categorias de análise para melhor explanação e compreensão do conteúdo dialogado.

As referências deste estudo forneceu embasamento teórico para a formação de categorias de análise. A pesquisa quantitativa trabalha com variáveis, enquanto a pesquisa qualitativa lida com categorias de análise. Geralmente, o conceito de categorias abrange elementos com características comuns ou que se relacionam entre si e são empregadas para estabelecer classificações. “A intenção ao se estabelecer categorias é a de agrupar elementos, ideias e expressões em torno de conceitos capazes de sintetizar a análise meticulosa dos estudos de caso selecionados” (ALVARENGA NETO, 2006, p. 71).

A análise qualitativa consiste de três fluxos concomitantes de atividades: 1) redução de dados; 2) display, exposição ou exibição de dados – mostruário, exibidor; 3) verificação/conclusões com base em inferência a partir de evidências ou premissas (MILES; HUBERMAN, 1984).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Competências Pedagógicas dos Preceptores de Residência Médica, sob a Percepção dos Residentes de Medicina, no Tocantins

As competências pedagógicas dos preceptores de residência médica, segundo os residentes entrevistados, no Tocantins, e que foram categorizadas neste estudo estão disponibilizadas no Quadro 01.

As categorias de análise foram previamente estabelecidas a partir do roteiro das entrevistas, com o propósito de identificar sete aspectos distintos nas falas dos entrevistados.

Quadro 1: Categorias de Análise das Competências Pedagógicas -2017

Categorias de Análise
<i>I – Aspectos pedagógicos adotados pelo Preceptor/Ensino-aprendizagem na Residência</i>
<i>II – Aspectos relevantes da Preceptorial/Formação profissional do médico</i>
<i>III – Tipos de conhecimentos usados pelo Preceptor</i>
<i>IV – Habilidades do Preceptor</i>
<i>V – Principais competências do Preceptor</i>
<i>VI – Avaliação da Residência</i>
<i>VII – Papel do Preceptor</i>

Fonte: Entrevistas com os médicos residentes da UFT, Palmas, TO, BR

A compreensão pedagógica da metodologia ativa, que, em consonância das respostas com a análise das respostas dos entrevistados, resulta na elaboração das Unidades de Registro (UR), relacionadas no Quadro 02:

Quadro 2: Unidades de Registro (UR) identificadas nas entrevistas com os médicos residentes da UFT, em Palmas, TO – 2017

Unidades de Registro
<i>Estratégias de ensino adotadas pelo preceptor</i>
<i>Metodologia de saber trabalhar e transmitir conhecimento</i>
<i>Disponibilidade do preceptor para ensinar/deixar o residente fazer na prática.</i>
<i>Perfil do Preceptor – teórico e prático</i>
<i>Processo ensino-aprendizagem</i>
<i>Preceptores experientes/inspiram confiança/condução baseada em evidências/atualizado</i>
<i>Preceptores com excelente formação ético-profissional.</i>
<i>Conduta e a forma do preceptor se posicionar durante um procedimento e de se relacionar com outros colegas</i>
<i>Perfil do Residente</i>
<i>Tipos de conhecimentos (gerais e específicos) melhores utilizados pelo preceptor</i>
<i>Habilidades utilizadas pelo Preceptor (a) que resultaram em melhor aprendizagem</i>
<i>Principais competências (conhecimentos, habilidades e/ou atitudes) do Preceptor (a) importantes para o ensino-aprendizagem</i>
<i>Formação, didática e a maneira do preceptor transmitir o conhecimento.</i>
<i>Identificação e aproveitamento das habilidades individuais dos residentes e o estímulo</i>
<i>Excelente avaliação da residência médica, apesar das limitações dos dois primeiros anos.</i>
<i>Papel do Preceptor na formação médica</i>

Fonte: Entrevistas com os médicos residentes da UFT, em Palmas, TO, Brasil.

Após o levantamento das Unidades de Registro (UR) foram definidas as Unidades de Contexto, buscando fragmentos das mensagens que pudessem auxiliar a compreensão da UR, ou seja, a codificação, demonstrada no Quadro 03.

Quadro 3: Unidades de Registro e Unidades de Contexto

Unidades de Contexto	Unidades de Registro
<i>I – Aspectos pedagógicos adotados pelo Preceptor/Ensino-aprendizagem na RM</i>	<i>Estratégias de ensino adotadas pelo preceptor; Metodologia de saber trabalhar e transmitir conhecimento; Disponibilidade do preceptor para ensinar/deixar o residente fazer na prática; Processo ensino-aprendizagem</i>
<i>II – Aspectos relevantes da Preceptorial/ Formação profissional do médico</i>	<i>Perfil do Preceptor – teórico e prático; Preceptores experientes/inspiram confiança/condução baseada em evidências/atualizado; Preceptores com excelente formação ético-profissional; Condução e a forma do preceptor se posicionar durante um procedimento e de se relacionar com outros colegas; Formação, didática e a maneira do preceptor transmitir o conhecimento;</i>
<i>III – Tipos de conhecimentos usados pelo Preceptor</i>	<i>Implantação dos protocolos na unidade hospitalar; educação permanente para o staff/residentes; Protocolos/tutoriais sobre diversas situações de condutas de emergências; Conhecimento técnico/prática diferenciada em aparelhos de cirurgia laparoscópica; Livros/sites de pesquisa com livre acesso na biblioteca da faculdade [Up To Day, New England] de livre acesso e manuais do SUS; aprender mais com a parte técnica.</i>
<i>IV – Habilidades do Preceptor</i>	<i>Identificação estímulo/ aproveitamento das habilidades individuais dos residentes.</i>
<i>V – Principais competências do Preceptor</i>	<i>Estudos e cursos de atualização, participação em congressos e publicações de artigos científicos por parte do preceptor são relevantes para estimular o residente a aprender, conhecer e se atualizar; Estimular a aprendizagem, dedicação e empenho ao praticar. Habilidades de agregar pessoas para o trabalho em equipe pode fortalecer o grupo e resultar em serviços de qualidade e de destaque no local; e a disposição do preceptor quando é solicitado motiva a equipe Capacidade de resolução rápida para os casos, quando necessário; Excelente relação médico/paciente. Deixar o residente praticar o que está sendo ensinando; corrigi-lo sempre que necessário, sem constrangê-lo; Competência de conhecimentos/capacidade para discutir os casos e buscar feedback com a equipe.</i>
<i>VI – Avaliação da Residência Médica (RM)</i>	<i>Excelente avaliação da residência médica, apesar das limitações dos dois primeiros anos. Apesar das deficiências, foi ótima. [...] o que um não sabia, conseguia com outro ou estágios de fora. De uma forma geral foi muito boa, pois tinham preceptores muito engajados à boa formação dos residentes. Como foi a primeira turma em Medicina de Família e Comunidade, teve seus prejuízos, não se saiu tão bem quanto o planejado. [...] Mas, com certeza nas outras turmas, eles já superaram esses problemas.</i>

VII – Papel do Preceptor	<i>O Preceptor tem um papel preponderante na formação médica; Seu conhecimento é de suma importância à formação do residente.</i>
---------------------------------	---

Fonte: Entrevistas com os médicos residentes da UFT, em Palmas, BR

Para obter a categorização final foi necessário realizar o tratamento e interpretação dos resultados pelo aspecto léxico, ou seja, de acordo com o seu sentido. As categorias finais estão apresentadas no Quadro 04. É interessante discutir a correlação dos diferentes achados das categorias de análise com as categorias finais que estão apresentadas no Quadro 04.

Quadro 4: Categorias Finais de Análise

Categorias Finais de Análise	Unidades de Contexto
<i>I – Aspectos pedagógicos adotados pelo Preceptor</i>	<i>Aprender a trabalhar mais no sentido científico; Aulas semanais para aprofundar a aprendizagem com discussão de artigos e apresentação de seminários; Estudos de casos.</i>
<i>II – Aspectos relevantes da Preceptoria</i>	<i>Sabe expor e explicar. Autoconhecimento/motivação para transmitir; Objetividade; Resolução rápida nos casos clínicos; Muito disposto a ensinar; boa vontade e ser solícito; Discussão de caso e conversas a beira de leito de casos clínicos; Trabalho em equipe; Professores de renome na área de atuação. Experiência; autoconhecimento; Conduta baseada em evidência.</i>
<i>III – Tipos de conhecimentos usados pelo Preceptor</i>	<i>Implantação dos protocolos, na unidade hospitalar; educação permanente para o staff/residentes; conhecimento técnico; Protocolos/tutoriais sobre diversas situações de condutas de emergências/área específica da anestesiologia; livros de reumatologia. Conhecimento técnico/prática diferenciada em aparelhos de cirurgia laparoscópica; Livros e sites de pesquisa com livre acesso na biblioteca da faculdade [Up To Day, New England] de livre acesso e manuais do SUS; Conhecimento teórico/práticos; prender mais com a parte técnica.</i>
<i>IV – Habilidades do Preceptor</i>	<i>Conhecer as habilidades individuais dos residentes. Identificar os pontos positivos e negativos; ajudando o residente a aprender mais; Staffs atualizados e com conhecimento técnico adequado para ensinar; Tecnologias e protótipos de tratamentos de ponta; aproveitamento das habilidades individuais dos residentes; e estímulo de trabalho em equipe; O exame físico de qualidade. Acesso à reumatologia e laboratório. Conhecimentos relevantes em áreas específicas; Identificação e aproveitamento das habilidades individuais dos residentes; e Estímulo ao trabalho em equipe.</i>
<i>V – Principais competências do Preceptor</i>	<i>Estudos e cursos de atualização, participação em congressos e publicações de artigos científicos por parte do preceptor são relevantes para estimular o residente a aprender, conhecer e se atualizar; Estimular a aprendizagem, dedicação e empenho ao praticar. Habilidades de agregar pessoas para o trabalho em equipe pode fortalecer o grupo e resultar em serviços de qualidade e de destaque no local; e a disposição do preceptor quando é solicitado motiva a equipe. Capacidade de resolução rápida para os casos, quando necessário; Excelente relação médico/paciente. Deixar o residente praticar o que é ensinando; corrigi-lo sem constrangê-lo; Competência de conhecimentos/capacidade para discutir os casos e buscar feedback com a equipe.</i>

VI – Avaliação da Residência Médica	<i>Excelente avaliação da residência médica, apesar das limitações dos dois primeiros anos.</i>
VII – Papel do Preceptor	<i>O Preceptor tem um papel preponderante na formação médica; Seu conhecimento é de suma importância à formação do residente.</i>

Fonte: Entrevistas com os médicos residentes da UFT, em Palmas, TO

Considerando que as falas dos entrevistados são diversas, e, por vezes bastante dispersas optou-se por sistematizá-las em consonância com as categorias propostas executadas durante o presente trabalho cuja síntese é descrita a seguir:

Categoria I – Aspectos pedagógicos adotados pelo preceptor: apresenta à didática e a metodologia de ensino do preceptor que foram importantes para o ensino-aprendizagem dos residentes;

Categoria II – Aspectos relevantes da Preceptoria – identifica os aspectos pedagógicos do preceptor que foram importantes à formação profissional do médico;

Categoria III – Tipos de conhecimentos usados pelo preceptor: descreve os tipos de conhecimentos – gerais e específicos [técnico, protocolos, educação permanente, educação em saúde]; visão ampliada da saúde, do SUS e do contexto local – melhor utilizados pelo Preceptor;

Categoria IV – Habilidades do preceptor: apresenta as tecnologias que foram mais bem aproveitadas no ensino-aprendizagem; bem como a identificação e/ou aproveitamento das habilidades individuais dos residentes; a agilidade e o equilíbrio na transmissão de conhecimentos; e estímulo do trabalho em equipe utilizado pelo preceptor (a) que resultaram em melhor aprendizagem;

Categoria V – Principais competências do preceptor: descreve as principais competências (conhecimentos, habilidades e/ou atitudes), do preceptor (a), que foram importantes para o ensino-aprendizagem e a interação dos residentes;

Categoria VI – Avaliação da Residência Médica – destaca a opinião dos médicos residentes sobre sua Residência Médica;

Categoria VII – Papel do Preceptor – descreve a opinião dos residentes sobre o papel do preceptor na formação médica.

Após a análise das entrevistas, elaborou-se um perfil do preceptor (a) a partir das respostas obtidas dos residentes, conforme explicitado no Quadro 05. Nesse sentido cabe uma diferenciação entre o perfil do preceptor e o perfil do residente, cujas características deverão ser observadas e contempladas na formação profissional e que estão sistematizadas nos Quadros 05 e 06.

Cursos de atualização profissional, capacitação, participação em congressos e publicações de artigos científicos são algumas entre tantas outras oportunidades que o preceptor tem para ampliar seus conhecimentos e, sobretudo, transmitir ao residente a vontade de fazer o mesmo para crescer na profissão. Verifica-se assim, que o preceptor torna-se uma fonte de conhecimento, um exemplo e uma referência para o residente. Habilidades de agregar pessoas para o trabalho em equipe pode fortalecer o grupo e resultar em serviços de qualidade e de destaque no local; e a disposição do preceptor quando é solicitado: motiva a equipe e o preceptor torna-se o espelho dos residentes.

Quadro 5: Perfil do Preceptor - 2017

Perfil do Preceptor
<i>Sabe expor e explicar;</i>
<i>Ter autoconhecimento e motivação para transmitir (amor ao que faz);</i>
<i>Objetividade e o poder de resolução rápida nos casos clínicos;</i>
<i>Muito disposto a ensinar, ter boa vontade e ser solícito;</i>
<i>As dúvidas são sanadas na beira do leito ou em conversas normais durante cirurgias;</i>
<i>Discutir casos clínicos com residentes;</i>
<i>Professores de renome na área de atuação.</i>
<i>Experiência; autoconhecimento; Conduta baseada em evidência; Discussão de caso e conversas a beira de leito.</i>

Fonte: Entrevistas com os médicos residentes da UFT, em Palmas, TO, BR

Quadro 6: Perfil do Residente - 2017

Perfil do Residente
<i>Aprender e contribuir com o serviço;</i>
<i>Conversas no trato com o paciente;</i>
<i>Objetividade e o poder de resolução rápida nos casos clínicos;</i>
<i>Ter autoconhecimento e motivação para aprender;</i>
<i>Rotina acadêmica e hábito de leitura de artigos científicos;</i>
<i>Observar no início e depois praticar o que aprendeu.</i>
<i>Disponibilidade para aprender e praticar.</i>

Fonte: Entrevistas com os médicos residentes da UFT, em Palmas, TO, BR

Na sequência estão os resultados das entrevistas realizadas com os médicos residentes do Programa de Residência Médica da UFT, no período de 2011 a 2016, bem como as discussões pertinentes as categorias de análise.

Para melhor compreensão de cada achado e sua utilização na melhoria da formação docente a categorização e sistematização apresentadas nos resultados são avaliadas e discutidas a seguir:

4.1 Categoria I – Aspectos pedagógicos adotados pelo preceptor

A Categoria de Análise I apresenta à didática e a metodologia de ensino do preceptor que foram importantes para o ensino-aprendizagem dos residentes.

As discussões sobre a necessidade de formação docente para os professores do curso de medicina foram motivados pelos novos paradigmas da educação médica, para corrigir a discrepância existente entre a universidade, os conhecimentos e habilidades relacionais necessários à humanização dos serviços de saúde e ainda, as demandas surgidas da prática profissional.

Nesse cenário, tornou-se relevante esta pesquisa no sentido de identificar quais as competências pedagógicas dos preceptores de residência médica, sob a percepção dos residentes de medicina da UFT, em Palmas, Tocantins. As respostas dos entrevistados estão apresentadas em blocos por ordem dos grupos 1, 2 e 3, respectivamente.

Inicialmente, os residentes foram questionados sobre os aspectos pedagógicos (didática e metodologias de ensino) adotados por seu/sua Preceptor (a) e que foram importantes para o ensino-aprendizagem durante sua Residência Médica.

Para os residentes do **Grupo 1**², dentre as estratégias de ensino adotadas pelo preceptor estão as “*Aulas, discussão de artigos; apresentação de estudo de caso*” (R-01); bem como “*Seminários, discussões de artigos científicos e casos clínicos*” (R-02).

Quanto ao perfil dos preceptores, um dos residentes do **Grupo 1** identificou como sendo “*Teóricos-preceptores. E que os residentes não eram vistos com bons olhos; e sim como mais uma pessoa para questionar: por que fazer isso e não fazer aquilo*” (R-01).

Os residentes do **Grupo 2**³ enfatizaram que “*Todos os preceptores eram especialistas na área de atuação*” (R-01). E, dentre as metodologias de ensino adotadas pelos preceptores das Turmas de 2012 incluía “*Apresentação de seminários e aulas online de hospitais de referência nacional, dentre os quais o Hospital Albert Einstein e material atualizado*” (R-02). Na percepção dos residentes do **Grupo 3**⁴ a didática e a metodologia de ensino adotada pelo/s

² **Grupo 1:** composto por dois (02) residentes das *Turmas de 2011* e orientados por preceptores sem formação.

³ **Grupo 2:** composto por dois (02) médicos residentes ingressos das *Turma de 2012* e orientados por preceptores com e sem formação no curso de DCPPPM (ABEM-UFT).

⁴ **Grupo 3:** composto por quatro (04) residentes das *Turmas de 2013, 2014, 2015 e 2016* e orientados por preceptores com formação no curso de Preceptoría em Saúde.

seu/s preceptor/es foram importantes para o ensino-aprendizagem de sua residência médica, pois:

“[...] as pessoas aprenderam a trabalhar mais no sentido científico. Com a metodologia de ensino, os conhecimentos passados mudaram para melhor” (R-01).

“A metodologia adotada pelos preceptores era cada um passar o seu conhecimento e a sua experiência de acordo com a escola em que estudou. E sugestões de leitura de artigos específicos publicados na internet” (R-02).

“Apresentação de seminários com o preceptor. Na cirurgia geral, a parte pedagógica é limitada porque é mais na prática mesmo” (R-03).

“Aulas semanais são importantes para aprofundar a aprendizagem. Na enfermaria e no ambulatório havia muitos pacientes com diferentes patologias” (R-04).

Verifica-se que as respostas dos residentes do **Grupo 3** foram unânimes em reconhecer a qualidade e a eficiência das estratégias de ensino adotadas por seus preceptores da residência médica. Ainda neste quesito, os entrevistados ressaltaram algumas características do perfil do preceptor, dentre as quais a de: *“Sabem expor e explicar” (R-01)*. *“Muito disposta a ensinar, tinha boa vontade e era muito solícito” (R-02)*.

Fazendo-se uma analogia, entre as respostas dos entrevistados do **Grupo 3** com os **Grupos 1 e 2**, sobre as estratégias de ensino adotadas pelos preceptores da residência médica, constata-se como tem sido relevante a capacitação e formação dos preceptores para o ensino médico; haja vista que todos os preceptores das Turmas de 2013, 2014, 2015 e 2016 fizeram o curso de Preceptoría Médica

Segundo o residente *R-03* do **Grupo 3**, que fez residência de 2011 a 2016, as novas posturas didáticas dos preceptores de RM somente foram percebidas nos últimos anos:

“[...] foram cinco anos de residência, muitos preceptores, e eu só pude observar mudança no final. antes do curso de preceptoría, não tinha muita coisa diferente. Apresentavam os seminários, só alguns, outros nem tinham isso. E o resto tirava as dúvidas na beira do leito ou em conversas normais durante cirurgias. Não tinha nada muito sofisticado (R-03).

Na avaliação dos entrevistados dos **Grupos 1 e 2** seus preceptores eram “Teóricos-preceptores”. E segundo estes residentes, para alguns preceptores: “Os residentes não eram vistos com bons olhos; e sim como mais uma pessoa para questionar: por que fazer isso e não fazer aquilo”.

Pode-se aduzir desta observação apontada pelo residente, que antes dos cursos de capacitação pedagógica para a prática da preceptoría, em geral, estes profissionais não eram

preparados para exercer esta função; cujo critério básico para seleção de preceptores era o elevado nível de conhecimento profissional do médico.

Entretanto, atualmente, a atuação do preceptor é direcionada a utilização de metodologias de ensino que visam desempenhar uma pluralidade de competências, tendo como função primordial desenvolver habilidades clínicas e avaliar o profissional em formação, atuando no ambiente de trabalho e de formação, estritamente no momento da prática clínica (BENTES et al., 2013).

4.2 Categoria II – Aspectos relevantes da preceptoria

Dentre os aspectos da preceptoria que foram relevantes para a formação profissional, na avaliação dos residentes do **Grupo 1** destaca-se a convivência entre o preceptor e o residente, que deve ser pautada pelo diálogo e a troca de experiências. Portanto, a conduta do preceptor baseada em evidências, a discussão de caso e as conversas a beira de leito foram consideradas por estes entrevistados “o principal fator para a formação do médico” (R-01).

Os entrevistados deste grupo destacaram também que: “Teoria, qualquer um ler em casa. Paciente a gente tem no hospital, mas experiência vai muito além. [...] esta troca, esta conduta baseada em evidência é a principal coisa” (R-02). Muito embora reconheçam a importância de uma rotina acadêmica como a leitura de artigos e a realização de seminários, os entrevistados ressaltaram que:

A formação, a didática do preceptor e a maneira como ele transmite o conhecimento. Muitos preceptores já vinham de uma escola que preparavam melhor o profissional (preceptor). Então, o que mais contribuiu foi àqueles preceptores que já estavam com esta didática de ensino (R-02).

Para os residentes do **Grupo 2**, a paciência e a disponibilidade do preceptor para ensinar e deixar o residente fazer na prática é muito importante: “Porque só observar nem sempre faz com que a gente tenha a segurança para depois estar fazendo. Então, além de observar no início, depois praticar aquilo que a gente aprendeu de fato” (R-01).

O melhor local para o ensino das habilidades éticas é o próprio local de trabalho, por meio da observação e discussão dos comportamentos e atitudes e do oferecimento de *feedback* pelos preceptores. A Bioética é considerada o campo que questiona o caráter absoluto e fora de contexto dos valores morais tradicionais, dos direitos e dos princípios. Esse questionamento é feito por meio do diálogo, do respeito às diferenças e de acordos e

consensos. Ensinar as habilidades relacionais, que compreendem a formação ético-moral, e ao mesmo tempo se preocupar com o desenvolvimento dos atributos técnicos é o grande desafio dos preceptores (SANTOS et al., 2012).

Na opinião de outro entrevistado do **Grupo 2**, o curso de competências pedagógicas de preceptoria na Residência Médica permite ao profissional desenvolver uma metodologia própria de trabalho. “A maneira como o preceptor transmite o conhecimento: de forma clara, objetiva e sabendo que o residente está lá para aprender e para contribuir com o serviço” (R-01).

Na opinião de outro entrevistado do **Grupo 2**: “[...] a preceptoria torna o profissional com uma metodologia de saber trabalhar e transmitir conhecimento. A maneira do preceptor transmitir conhecimento e de conduzir os residentes garante maior certeza de que você vai conseguir transmitir a informação necessária para aquele grupo” (R-02).

Os médicos residentes do **Grupo 3** destacaram a formação e o autoconhecimento do preceptor como sendo de grande importância para sua formação profissional. Pois, quando o preceptor tem competência para transmitir seu conhecimento, “quem está aprendendo, aprende muito mais”; haja vista que a pluralidade de competências favorece o aprendizado e o desenvolvimento do residente.

Outros aspectos relevantes da preceptoria pontuados pelos residentes foram àqueles relacionados à autonomia do residente em suas decisões; discussões com o preceptor sobre a melhor opção de tratamento para o paciente: sempre pensando no melhor para este. Além do uso de literatura adequada e atual com embasamento científico, que também é importante (R-02).

Os entrevistados do **Grupo 3** destacaram também a educação do preceptor no trato com os pacientes, a competência didática para transmitir o conhecimento de forma clara e objetiva; bem como a objetividade e o poder de resolução rápida para os casos; a organização sistemática e disciplina; a relação médico/paciente e o conhecimento da clínica médica, muito bom (R-04).

Sintetizando, a formação profissional do médico vai muito além da parte técnica: as conversas que o profissional tem no trato com o paciente, a habilidade de lidar com determinadas situações, entre outros, são fatores que agregam bem mais do que a técnica.

Dentre os diversos aspectos positivos da preceptoria que foram pontuados pelos residentes nota-se que: o processo de respeitar ou desenvolver bom relacionamento não é algo que se consegue ensinar. É importante que “a formação moral na residência médica não seja centrada na discussão do código de ética ou na apresentação de modelos idealizados,

mostrando uma moral exclusivamente heterônoma, baseada no seguimento de normas e princípios preestabelecidos (ética deontológica) (SANTOS et al., 2012).

4.3 Categoria III – Tipos de conhecimentos utilizados pelo preceptor

Esta categoria de análise apresenta os tipos de conhecimentos – gerais e específicos [técnico, protocolos, educação permanente, educação em saúde]; visão ampliada da saúde, do SUS e do contexto local – melhor utilizados pelo Preceptor.

Os residentes do **Grupo 1** enfatizaram que alguns preceptores utilizaram mais conhecimento teórico; enquanto outros mais a parte técnica. “Com alguns preceptores foi dar aulas, fazer discussão de caso, artigo e fazer TCC” (R-01). Enquanto um dos preceptores reforçou a importância da “ética profissional – foi o que mais se destacou” (R-02).

Geralmente, a tendência do preceptor é transmitir ao residente tudo o que sabe, mas isto é insuficiente para o verdadeiro aprendizado porque não se foca o verdadeiro significado do aprender (TAYLOR, 2006).

Um dos residentes do **Grupo 2** explicou que: “[...] Com alguns eu aprendi mais a parte teórica. Então, com estes preceptores eu absorvi maior conhecimento teórico; e com outros o conhecimento técnico e a prática diferenciada em aparelhos de cirurgia laparoscópica” (R-02).

Assim, verifica-se que o preceptor deve ser um docente-clínico, ou seja, um preceptor com habilidades pedagógicas e clínico no sentido de dominar habilidades técnicas e relacionais (SANTOS et al., 2012).

Os residentes do **Grupo 3** destacaram que o principal momento de aprendizado vivenciado com os preceptores foi a implantação dos protocolos hospitalar; visando mais qualidade no atendimento; bem como a segurança dos pacientes e profissionais de saúde. Os “*Protocolos e tutoriais sobre diversas situações de condutas de emergências e em área específica como a da anestesiologia*” foram essenciais para melhorar a dinâmica dos serviços (R-03). Outro residente destacou o acesso à biblioteca da faculdade e também a “*sites importantes como o Up To Day, a New England de livre acesso e manuais do SUS*” (R-04).

Explicitar os pontos importantes do processo ensino-aprendizagem é uma maneira de tornar o residente mais ativo e independente, pois tão importante quanto o desenvolvimento de habilidades técnicas é o desenvolvimento da prática do comportamento responsável,

moldado pela ética e pelo espírito de cooperação que devem nortear a prática médica (SANTOS et al., 2012).

4.4 Categoria IV – Habilidades do preceptor

Nesta categoria de análise são apresentadas as tecnologias que foram mais bem aproveitadas no ensino-aprendizagem; bem como a identificação e/ou aproveitamento das habilidades individuais dos residentes; a agilidade e o equilíbrio na transmissão de conhecimentos; e o estímulo do trabalho em equipe utilizado pelo preceptor (a) que resultaram em melhor aprendizagem.

Para os entrevistados do **Grupo 1**, o trabalho em equipe dos residentes da Turma de 2011 foi criado e desenvolvido pela referida equipe e sem a participação de preceptores. Como se tratava da primeira Turma de RM, a organização era incipiente; pois estava em fase de implantação. Segundo os entrevistados, não havia “Tecnologia nenhuma. Habilidades individuais também não. Não teve isso de estimular alguma habilidade. [...] a gente entrou numa fase de transição. O nosso trabalho em equipe era feito por nós.... sem ter sido estimulado” (R-01).

Na avaliação dos residentes do **Grupo 2**, o entrosamento das equipes foi, uma dentre outras habilidades promovidas pelo preceptor, pontuado como sendo um fator preponderante para se obter melhores resultados no atendimento hospitalar.

Segundo um dos entrevistados existe situações que demandam mais procedimentos. Desta maneira, “Quando se está trabalhando entrosado com a equipe, obtêm-se melhores resultados. Tudo foi ensinado na residência. O que eu não conseguia aprender em Palmas, a residência autorizava, para eu fazer estágios fora” (R-01). Na avaliação de outro residente: “a identificação e aproveitamento das habilidades individuais dos residentes; foram estimuladas para o trabalho em equipe” (R-02).

Dentre as principais habilidades do preceptor, os residentes do **Grupo 3** ressaltaram a identificação e aproveitamento das habilidades individuais dos residentes. “Eu acho que o preceptor aprendeu a conhecer mais o residente, saber trabalhar com ele de uma forma em grupo e individualizado; sabendo os pontos positivos e os pontos negativos.” (R-01).

Outros fatores atribuídos pelos entrevistados foram àqueles relacionados à disponibilidade dos preceptores para ensinar e acompanhar os residentes no uso dos recursos tecnológicos:

A residência de anestesiologia no HGP tinha tudo em monitorização, em manejo de via aérea difícil, medicação de ponta. Staffs atualizados e com conhecimento técnico adequado para ensinar. Eu usei broncoscopia para intubar, usei aparelho para intubação com visualização direta e também cursos técnicos de ponta que eram disponíveis (R-02).

Tecnologias e protótipos de tratamentos de ponta; aproveitamento das habilidades individuais dos residentes; e estímulo de trabalho em equipe (R-03).

O exame físico de qualidade. Acesso à reumatologia e laboratório. Conhecimentos relevantes em áreas específicas (R-04).

Nesse sentido, Amoretti (2005) ressalta que a necessidade de capacitação e treinamento dos profissionais de medicina para o uso de tecnologias contribui sobremaneira para a efetivação das residências médicas e a lógica da formação em serviço com aumento da formação de especialistas, nos hospitais de ensino. O desenvolvimento científico aplicado, sustentado pelas tecnologias de informática e automação, tem aumentado a eficácia dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

4.5 Categoria V – Principais competências do preceptor

As principais competências (conhecimentos, habilidades e/ou atitudes), do preceptor (a), que foram importantes para o ensino-aprendizagem e a interação dos residentes. Nesse contexto, estudos e cursos de atualização, participação em congressos e publicações de artigos científicos por parte do preceptor foi considerado de grande importância para estimular o residente a aprender, conhecer e se atualizar.

Em relação às principais competências do preceptor, os residentes do **Grupo 1** declararam que praticamente quase todos os preceptores *“tinham bastante conhecimentos e habilidades dentro das especialidades. Nas especialidades, eu acho que todos eram muito competentes. Na parte da clínica e geral não havia muita coisa. Mas, dentro das especialidades tinha”* (R-01). E, *“No início da residência, um professor tinha estas competências”* (R-02).

Segundo os residentes **do Grupo 2**, o preceptor deve *“Deixar o residente fazer, ou seja, praticar o que está sendo ensinando; corrigir o residente sempre que necessário, sem inibir ou constrangê-lo* (R-01). Além disso, *o preceptor deve ter “Competência tanto de conhecimentos, quanto de capacidade para discutir os casos e de buscar o feedback com a equipe* (R-02).

Os entrevistados do **Grupo 3** pontuaram que as competências dos preceptores foram bastante significativas para o ensino-aprendizagem dos residentes. Ressaltaram que o fato do preceptor, estar sempre estudando, participando de cursos de atualização e congressos faz dele uma referência muito importante para o residente. Então, *“O staff é exemplo para o residente seguir tanto nos pontos positivos como nos pontos negativos. O preceptor será o espelho para o residente no futuro”*(R-01).

Outras habilidades ressaltadas pelos entrevistados do **Grupo Focal 3** foi em relação a capacidade dos preceptores para resolução rápida ds casos, sempre que se fazia necessário. Também destacaram a relação médico/paciente como sendo excelente. *“A questão do conhecimento é primordial. E tudo foi repassado para a gente. O preceptor foi importante, principalmente, nas habilidades de agregar pessoas para o trabalho em equipe pode fortalecer o grupo e resultar em serviços de qualidade e de destaque no local; e a disposição do preceptor quando é solicitado motiva a equipe* (R-03).

Para outro residente, cada preceptor tem suas características. *“Alguns são muito objetivos e têm um poder de resolução rápida para os casos”*. São muito pontuais, outros são extremamente organizados e metódicos. *“Outros já têm uma relação médico/paciente excelente; não que os outros não tenham, todos têm; mas uns melhores que os outros”* (R-04).

Verifica-se assim, que o preceptor é um educador que tem a função de oferecer ao aprendiz um ambiente que lhe permita construir e reconstruir conhecimentos, num caminho para formar pessoas transformadoras na sociedade a que pertencem. Pessoas estas comprometidas com essa sociedade e que percebem a importância de seus papéis profissionais na construção da cidadania. Nesse sentido, educar é muito diferente de treinar (SANTOS et al., 2012).

“O preceptor tem um instinto de transmitir ao residente tudo que ele (o preceptor) sabe, mas isso é insuficiente para o verdadeiro aprendizado porque não se foca no verdadeiro significado do aprender” (TAYLOR, 2006).

Desta maneira, ao explicitar os pontos importantes do processo de ensino-aprendizagem é uma maneira de tornar o residente mais ativo, mais independente, nessa construção. Ampliar o conceito de educação na formação médica significa, então, passar de um processo de exclusiva aquisição de conhecimentos ou habilidades (baseado na exposição simples e pura de conteúdos e técnicas) para o desenvolvimento de uma consciência crítica profissional, com a qual o residente aprende conteúdos, técnicas e, sobretudo, aprende a *“pensar e detalhar”* todos os aspectos profissionais.

4.6 Categoria VI – Avaliação da residência

Nesta categoria de análise, os médicos residentes avaliaram os pontos positivos e negativos da residência médica. Segundo os residentes do **Grupo 1**, pertencentes a Turma de 2011, apesar das dificuldades iniciais de organização, a RM de clínica médica foi excelente.

Uma entrevistada ressaltou que fez sua residência (R3 e R4) no Rio de Janeiro com pessoas vindas de residência de outras instituições renomadas no país: “[...] em nenhum momento eu me senti inferiorizada ou com menor conhecimento, pelo contrário, com conhecimento equiparado e dependendo da área até melhor” (R-01).

Outro residente explicou que: *“Nós literalmente corremos atrás, derrubamos barreira e no final a gente teve muito apoio de nosso chefe, uma pessoa excelente, que abraçou a nossa causa e deu outro rumo a residência, que não tinha antes”*(R-01). Ressaltou também que seu preceptor teve uma participação muito importante nesta transformação.

Pelas respostas dos entrevistados, percebe-se que apesar das dificuldades iniciais da primeira Turma de 2011: *“De uma forma geral a minha residência foi muito boa, pois tinham preceptores muito engajados para que saíssemos bem formados”* (R-02).

Todos os entrevistados participantes dos três grupos da pesquisa ressaltaram que apesar das limitações e dificuldades encontradas no início da residência médica, esta foi positiva, haja vista a avaliação dos residentes do **Grupo 2**: *“A minha residência foi ótima. Eu acho que apesar das deficiências, a gente conseguiu suprir bastante, o que um não sabia conseguia com outro, conseguia com estágios fora. Eu acho que no final foi uma residência bem completa”* (R-01).

Entretanto, outro/a residente (R-02) fez algumas considerações e críticas pontuais direcionadas a sua área de atuação e/ou especialidade:

A gente contava muito com a aceitação em ambulatórios. A gente teve alguns locais, onde estava programado fazer um rodízio e a gente não foi aceito e alguns lugares a gente sentia um pouco de dificuldade das equipes tanto de preceptores, não sei se dos próprios residentes. [...] era difícil convencer o povo a aceitar a gente. [...] a minha turma teve prejuízos, mas eu soube aproveitar o que me foi concedido. [...] o próprio coordenador da residência ficou um pouco frustrado em relação a isso. Mas, com certeza nas outras turmas, eles já superaram esses problemas. “Pois, havia uma programação e ela não foi cumprida”(R-02).

Entretanto, crítica à parte constata-se que com o decorrer dos anos, a Residência Médica do Hospital Geral de Palmas (HGP/UFT) tem melhorado substancialmente no que se refere à disponibilidade de preceptores capacitados, bem como de equipamentos e tecnologias

para assegurar um conhecimento de qualidade aos futuros médicos de Palmas e do Estado do Tocantins.

De acordo com entrevistados/as do **Grupo 3** percebe-se que os avanços e as conquistas ressaltadas por estes profissionais que finalizaram sua residência em um cenário melhor. De maneira geral todos os entrevistados deste grupo demonstraram grande satisfação pela excelência dos conhecimentos adquiridos em sua RM. “A minha residência médica foi um divisor de águas na minha vida. Peguei pontos positivos e os pontos negativos e [...] fiz um norteio para o que eu quero seguir na minha vida. Então, a residência foi muito boa” (R-01).

Uma residente destacou que “[...] minha residência foi excelente. Hoje eu tenho consciência que eu saí uma profissional bem formada. Hoje, eu posso anestésiar cirurgias de quaisquer complexidades a mim demandadas com segurança. Claro, que tem outros aspectos que são os anos de experiência, mas eu acho que a minha residência foi muito boa” (R-02).

Para outro entrevistado, de um modo geral, ele achou que foi muito boa, principalmente, por ser cirúrgico. A parte teórica pecou muito, mas segundo ele pode recuperar estudando por fora. O mais importante para este entrevistado é que: “Eu saí seguro em fazer, coisa que eu já reparei que no Brasil, cirurgião geral não sai mais da residência já operando. E a gente tem exemplos ótimos da nossa faculdade aqui de cirurgiões que não fizeram sua especialização e que já saíram operando” (R-04).

Descreveu ainda que achou sua RM muito proveitosa. “Da cirurgia vascular eu saí mais seguro ainda do que da cirurgia geral. Eu acho excelente. Tive experiência fora, um mês em São Paulo fazendo vascular. Eu escolhi fazer vascular em Palmas, porque eu fui para a Unifesp, fiquei um mês lá fazendo vascular, e vi que dava pra fazer aqui. Eles não estavam tão frente assim, por isso que eu fiz aqui. Então, eu acho que eu tive muita experiência durante a residência e eu estou muito satisfeito com o resultado” (R-03).

4.7 Categoria VII – Papel do preceptor

Neste quesito, os residentes elencaram a importância do papel do preceptor na formação médica.

Segundo os entrevistados do **Grupo 1**, o preceptor é “*Fundamental, um alicerce, uma segurança a mais. Até hoje, eu tenho uma relação de respeito com alguns preceptores meus. É para quem eu recorro sempre que tenho dúvida. O preceptor é como se fosse a minha fonte segura de informação*” (R-01).

Na avaliação do entrevistado R-02, *“O preceptor é muito importante para a residência, sendo necessário a sua participação em curso de preceptoria que o prepara às habilidades necessárias a formação médica e o incentiva a estudar cada vez mais sobre a forma de avaliação e de transmitir o conteúdo”*.

Além disso, *“A preceptoria é importante e indiscutível, mas é mais importante quando o preceptor está devidamente preparado para transmitir o conteúdo. Pois, não adianta ter o conhecimento e não ter habilidades e atitudes; assim como também, não adianta ter habilidades e atitudes e não ter domínio do conhecimento”* (R-02).

Para os entrevistados do **Grupo 2**: *“O preceptor na residência é muito importante. Sem o preceptor a gente não aprenderia nada. [...] a conduta dele, a forma de se posicionar durante um procedimento e de se relacionar com outros colegas, tudo isso a gente aprende com o exemplo dele. A minha postura, tanto na minha relação com os pacientes, com os colegas de trabalho frente a uma complicação ou situação de emergência; tudo isso reflete hoje, o que eu aprendi com eles”* (R-01).

Um residente avaliou que: *“[...] o preceptor tem capacidade de transmitir tanto uma aula, um resumo teórico como uma prática clínica”*. Geralmente, a gente incorpora mais conhecimento quando se está com alguém que transmite o conhecimento de sua experiência de uma forma bem didática. *“A gente aprende também, mas eu acho que um preceptor formado, preparado ele vai saber transmitir muito mais”*. E a presença de um preceptor é preponderante e indispensável à residência médica (R-02).

Os entrevistados do **Grupo 3** ressaltaram que o preceptor é fundamental e tem um papel principal nesta história: *“[...] os residentes são os coadjuvantes”* (R-01). É com quem eles vão aprender.

“Eles foram à base do meu aprendizado. Para você adquirir uma expertise, você tem que ser lapidado do início com alguém orientando se você está fazendo errado e corrigindo até você ir aprendendo da forma correta. Todos os meus preceptores foram essenciais para a minha formação” (R-02).

Um residente do **Grupo 3** sentencia que: *“Preceptores ruins formam profissionais ruins e preceptores bons formam profissionais bons. O residente é que vai ter que ver o que é bom de cada um para saber o que vai absorver”* (R-03).

E concluí que não tem como fazer uma residência boa com preceptores indispostos para ensinar ou sem conhecimento técnico. *“Então, o preceptor é a estrela da residência. Independente de ter ou não recursos na residência, o preceptor é a peça mais importante na residência”* (R-03).

Na opinião de outro residente, “O papel do preceptor é essencial. Sem eles não existiria uma orientação e condução adequada dos casos. Aprender com eles nos dá segurança para que daqui a algum tempo a gente consiga fazer sozinho” (R-04).

Pelos resultados da pesquisa com os residentes, constatou-se a relevância do preceptor para a formação médica. Verificou-se ainda como sendo relevante a capacitação e formação didática do preceptor para que este obtenha sucesso em sua atuação profissional.

Mediante os resultados obtidos na pesquisa com os médicos residentes da UFT constatou-se que mesmo com as dificuldades iniciais vivenciadas nos dois primeiros anos de residência, aonde parte dos preceptores ainda não havia participado do curso de capacitação de preceptoria em residência médica, a maioria dos entrevistados reconheceram a importância do preceptor para a formação médica, bem como a necessidade da continuidade dos cursos de Competência Pedagógica para a prática da Preceptoria, para que cada vez mais avance a qualidade da educação e a formação médica no país.

A relevância do papel do preceptor na formação médica é incontestável. Diante dos resultados alcançados ressalta-se a necessidade de investimentos na qualificação de suas habilidades e atributos, especialmente no quesito das competências pedagógicas, para a formação dos profissionais médicos, visando à melhora do processo de ensino-aprendizagem e estimulando a educação permanente.

Cruzando-se as informações da literatura pesquisada neste estudo com as respostas dos residentes entrevistados, elaborou-se um quadro-síntese com o perfil do preceptor e do residente (Quadro 07), onde se constata a forte influência que o preceptor exerce sob o residente tonando-se um exemplo para a vida do residente.

Quadro 7: Competências Pedagógicas Preceptores e Residência Médica – 2017

Competências Pedagógicas – CHA (Conhecimentos, Habilidades e/ou Atitudes)	
<u>Preceptoria</u>	<u>Residente</u>
<i>Pluralidade de competências para facilitar o desenvolvimento do residente;</i>	<i>Desenvolver pluralidade de competências</i>
<i>Capacitação pedagógica; treinamento de habilidades clínicas; didática; domínio de conteúdo; ética e humanismo; aconselhamento e modelo; educação permanente;</i>	<i>Aprender e contribuir com o serviço; Entrosamento das equipes; Rotina acadêmica e hábito de estudar; Leitura de artigos; Observar para praticar;</i>
<i>Estimular trabalho em equipe; Discutir casos clínicos com residentes</i>	<i>Conversas no trato com o paciente;</i>
<i>Refletir sobre a prática do ensino em cenários clínicos, que representam locais de vivência, experiência e, conseqüentemente, de aprendizagem significativa;</i>	<i>Objetividade e o poder de resolução rápida nos casos clínicos; Disponibilidade para aprender e praticar;</i>
<i>Estimular o comportamento favorável ao processo de ensino-aprendizagem: estar aberto a questões; Dar feedback ao residente; demonstrar entusiasmo ao ensinar; revisar diagnósticos diferenciais, delegar responsabilidades apropriadas para cuidados com o paciente</i>	<i>Ter autoconhecimento e motivação para aprender; Objetividade e poder de resolução rápida nos casos clínicos; Conversas</i>

Fonte: Dados da pesquisa de campo

5 CONCLUSÃO

Os dados desta pesquisa permitem verificar que a formação docente na atualidade deve se preocupar tanto em qualificar médicos para serem tecnicamente competentes quanto serem capazes de pensar criticamente, analisar os problemas e buscar soluções. Para que o docente seja eficaz e eficiente são necessárias, portanto, estratégias de gestão participativa, maior investimento na formação docente, bem como programas de educação permanente focados na construção de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Outras conclusões deste estudo é identificar que as dificuldades e limitações inerentes à formação de docentes é tão importante quanto identificar que este é um processo de mão dupla e dinâmico, ou seja, aprender e ensinar em Medicina são partes de um processo comum e, sobretudo, essenciais na formação em saúde, comprometida com a consolidação do SUS e voltada para a construção e fortalecimento da equipe multi e interdisciplinar dos profissionais de saúde, em sintonia com as demandas da sociedade.

Ademais, pode-se aduzir que o curso de capacitação e formação de Preceptoria Médica melhora a qualidade e, principalmente, possibilita ao preceptor refletir e constatar a importância de formar bem os residentes, promover melhorias na humanização, além de valorizar o trabalho destes profissionais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As organizações e instituições de saúde devem investir na capacitação de docentes que inclui desde formação político-pedagógica, atualização científica até capacidade gerencial: elementos estratégicos para sustentar as mudanças implementadas nas faculdades de ciências médicas.

Os estudos realizados pela Dra. Rebeca Garcia de Paula, em 2016, sobre o desenvolvimento pedagógico dos preceptores que participaram do curso de preceptoria no Tocantins, foram de grande relevância para conhecer os avanços e benefícios que esta capacitação trouxe para a qualidade do ensino médico no Estado; e que acabou motivando a realização deste estudo para conhecer a avaliação deste sob a perspectiva do residente de medicina.

Os resultados obtidos no presente estudo servem preponderantemente para reconhecer a necessidade e importância da continuação do curso de preceptores, no Tocantins e no Brasil, ao tempo que apontam lacunas que poderão ser objetos de outros estudos e trabalhos futuros.

Considerando uma reflexão do educador Paulo Freire (1991, p. 58) de que: “A gente se faz educador, a gente se forma, como educador, permanentemente, na prática e na reflexão sobre a prática”, pretende-se com este trabalho, ainda, contribuir para a formulação de uma proposta de acompanhamento e aprimoramento da formação pedagógica de docentes e preceptores, a ser apresentada à UFT propondo a criação de um Núcleo Permanente de Formação de Docentes, articulando concepções pedagógicas em sintonia com as DCNs e identificadas com as características e necessidades do Tocantins e região. De imediato, isso poderá ser liderado pelo núcleo docente estruturante, que já atua na execução dos cursos de formação de preceptores na UFT.

Outra iniciativa será a elaboração de uma proposta a ser apresentada ao Poder Legislativo Estadual, com vistas à criação de um Projeto de Lei objetivando a valorização do preceptor da rede pública de ensino, especialmente para aqueles que atuam nos Hospitais Estaduais do Tocantins, o que muito fortalecerá a integração ensino, serviços de saúde e comunidade.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. Brasil é um dos países com maior cobertura de vacinação, mostra relatório. Matéria publicada em 15/setembro/2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2017-09/brasil-e-um-dos-paises-com-maior-cobertura-de-vacinacao>> Acesso em: 25/fev./2018.

AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. **Preceptoría em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão.** (Organizadora). Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017. 207p. ISBN 978-85-9536-002-0. Disponível em: <<https://preceptores.icict.fiocruz.br/livro-preceptoría-em-programas-de-residência.pdf>> Acesso em: 20/out./2017.

AFONSO, Denise Herdy; SILVEIRA, Lia. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da educação médica. Artigo de Revisão. **Rev. Hosp. Pedro Erneston** UERJ; vol.11|supl.1|2012. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=313> Acesso em: 17/set./2016.

ALMEIDA, Enedina Gonçalves; BATISTA, Nildo Alves. Desempenho Docente no Contexto PBL: Essência para Aprendizagem e Formação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica.** 37 (2) : 192-201; 2013.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(12):2234-2249, dez, 2010.

_____. **A ciência da saúde.** São Paulo: Hucitec, 2000.

ALVARENGA NETO, Rivadávia C. Drummond de; BARBOSA, Ricardo Rodrigues; CENDÓN, Beatriz Valadares. A construção de metodologia de pesquisa qualitativa com vistas à apreensão da realidade organizacional brasileira: estudos de casos múltiplos para proposição de modelagem conceitual integrativa. **Inf. & Soc.:Est.**, João Pessoa, v.16, n.2, p.63-78, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/viewFile/459/1477>> Acesso em: 27/dez./2017.

AMORETTI, Rogério. A Educação Médica diante das necessidades sociais em saúde. **Rev. Bras. de Educação Médica** - Rio de Janeiro, v 29, nº 2, maio/ago. 2005. p. 136-146. Disponível em: <https://www2.ghc.com.br/ghc/Noticias/Not071105_01.pdf> Acesso em: 23/jun./2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA – ABEM. Projeto Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a prática da Preceptoría FASE II - 2014-2015. Maio de 2014 a março de 2016. Disponível em: <<http://www.educacaomedica.org.br/arquivos/publicacoes/2.%20O%20Projeto.pdf>> Acesso em: 6/jul./2016.

BARDIN L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70; 1979.

BATISTA, Nildo Alves.; BATISTA, Sylvia Helena. A docência em saúde: desafios e perspectivas. In: BATISTA N.; BATISTA, S.H. (orgs). **Docência em saúde: temas e experiências.** São Paulo (SP): Senac; 2004. P. 17-31.

BEAUCHAMP T.; CHILDRESS J. **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002.

BENTES et. al. (2013). Artigo Preceptor de Residência Médica: Funções, Competências e Desafios. A Contribuição de Quem Valoriza porque Percebe a Importância: Nós Mesmos! – **Cadernos ABEM**, Volume 9, outubro 2013, p. 32.

BERG, B. L. (1998). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. 3ª ed. MA (USA): Allyn & Bacon.

BERNARD, J. **Esperanças e sabedoria da Medicina**. São Paulo: Ed. Unesp: 1997.

BEUREN, Ilse Maria. Trajetória da construção de um trabalho monográfico em contabilidade. In: BEUREN, Ilse Maria (Org.). Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira. **O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes**: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. <www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2582/1/ENSP_Tese_Botti_Sergio_Henrique.pdf> Acesso em: 3/jul./2016.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor - Quais são seus papéis. **Rev. bras. educ. med.** vol.32 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300011> Acesso em: 3/jul./2016.

BRASIL. **Programa Mais Médicos**: Lei 12.871, aprovada em 22 de outubro de 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L1287.htm> Acesso em: 20/out./2016.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2013. Dois terços dos brasileiros dependem do SUS. Segundo Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE, a faixa etária que mais recorreu a internações no SUS é até 17 anos. Disponível em: <www.ibge.gov.br> Acesso em: 25/fev./2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (CHS). Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em: 23/jul./2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos**: mais saúde para os brasileiros. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 128 p.: il.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara Nacional Superior. **RESOLUÇÃO nº. 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192> Acesso em: 3/jul./2016.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.** Programa Mais Médicos.

_____. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 466 de 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 3/jul./2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CARVALHO, Edelves Trindade Martins. Estratégias para Melhorar a Logística e a Formação do Preceptor de Residência Médica. **Cadernos ABEM**, Volume 9, outubro 2013, p. 100.

CHAZAN, Ana Cláudia Santos. **As dores e delícias da formação médica.** Um estudo de caso sobre a qualidade de vida dos estudantes de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

COSTA, Nilce Maria da Silva Campos; CARDOSO, Cléia Grazielle Lima do Valle; COSTA, Danilo Campos. Concepções sobre o Bom Professor de Medicina. **Rev. bras. educ. méd;**36(4): 499-505, out.-dez. 2012. | LILACS | Portal Regional da BVS.

COSTA, N. M. S. C. Formação pedagógica de docentes de medicina. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (USP. Ribeirão Preto. Impresso), v. 18, p. 102-108, 2010.

FEUERWERKER L. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, Londrina: Rede Única; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.

GROSSEMAN, S.; PATRÍCIO, Z.M. **Do desejo à realidade de ser médico:** a educação e a prática como um processo contínuo de construção individual e coletiva. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2004.

HILL, A. G. et al. *A systematic review of resident-as-teacher.* **Medical Education**, v. 43, p. 1129–1140, 2009.

HOTTOIS G. **O paradigma Bioético.** Lisboa: Salamandra; 1990.

JESUS, J.; RIBEIRO, V. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 153-161, 2012.

KOIFMAN, L. A teoria de currículo e a discussão do ensino médico. **Rev. Bras. Educ. Med.** 1998; 22: 37-47.

LAMPERT, J.B. **Tendências de mudança na formação médica no Brasil: tipologia das escolas.** São Paulo: Hucitec/ABEM; 2002.

LAWRENCE, D.S; WILLIAMS, C.G. *The UK Foundation Programme for newly qualified doctors: a SWOT analysis.* **Rev Bras Med Fam Comunidade.** Rio de Janeiro, 2014 Jan-Mar; 9(30):72-6. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/874/596>> Acesso em: 10/jun./2017.

MAGALHÃES, Gustavo Sérgio de Godoy. **O Residente como Professor: Formação Docente no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Pernambuco / Gustavo Sérgio de Godoy Magalhães -- São Paulo, 2012. xv, 194f.**

MAMEDE, S.; PENAFORTE, J.C.; G, Schmidt H; CAPRARA, A.; TOMAZ, J.B.C.; HL, Sá. **Aprendizagem Baseada em Problemas: Anatomia de uma nova abordagem educacional.** 1ª. ed. Fortaleza: Hucitec/Escola de Saúde Pública, 2001. v. 1. 231p.

MASETTO, M.T. Professor universitário: um profissional da educação na atividade docente. In: MASETTO, M.T. **Docência na Universidade.** Campinas (SP): Papirus; 1998. p. 9-26.

MCLEOD, P.J.; STEINERT, Y.; MEAGHER, T.; MCLEOD A. The ABCs of pedagogy for clinical teachers. *Med Educ* 2003; 37:638-44.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M. *Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods.* Newbury Park, California, 1984. (Sage Publications).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOHR, A. A formação pedagógica dos profissionais da área da saúde. In: BRANT, V. (). **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde.** Juiz de Fora: Editora UFJF, 2011. p. 53-65.

MORGAN, D. L. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research.* London: SAGE Publications.

MOTTA, Luciana Branco da; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Novas competências Profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):363-372, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a12v12n2>> Acesso em: 20/out./2017.

MOURA, Aby Jaine da Cruz Montes et. al. Motivação e comprometimento: fatores que contribuem para um efetivo processo ensino-aprendizagem na residência médica. **Cadernos ABEM**, Volume 9, outubro 2013, p. 61.

NUNES, Maria do Patrocínio Tenório. Residência Médica no Brasil - Situação atual e Perspectivas. Publicado em novembro-dezembro/2003. **Cadernos ABEM**, Vol. 1, 30-32. Maio 2004.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio Da. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Rev Bras Educ Méd RBEM** vol. 32 n° 4a12. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12>> Acesso em: 10/jun./2017.

PAULA, Rebeca Garcia de. **Avaliação do Desenvolvimento Pedagógico dos Preceptores de um curso de Preceptoría em Saúde no Estado do Tocantins**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Tocantins (UFT). Palmas, TO: 2016. Disponível em: <<https://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/212>> Acesso em: 17/mai./2016.

REBELATTO, J. R. et al. Mestrado Profissional Associado a Residências em Saúde: Conceitos e Possibilidades. **Cadernos da ABEM: Residência Médica**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 57-59, Outubro 2011.

RÊGO, Cinthia; BATISTA, Sylvia Helena. Desenvolvimento Docente nos Cursos de Medicina: um campo fecundo. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2012, vol.36, n.3 [citado 2016-10-19], pp.317-324.

REGO, Sergio. **A formação Ética dos Médicos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003.

RODRÍGUEZ, Carlos Arteaga; CASSIAS, André Lúcio de; KOLLING, Marcelo Garcia. Proposta de um Programa para a Formação do Residente em Medicina de Família e Comunidade. **Rev. bras. educ. med.** vol.32 no.1: 40-48. Rio de Janeiro Jan./Mar./2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-5502208000100006> Acesso em: 3/jul./2016.

SANTOS, E.G; FERREIRA, R.R; MANNARINO, V.L; LEHER, E.M.T.; GOLDWASSER, R.S.; BRAVO NETO, G.P. Cirurgia Geral, no centro cirúrgico, comparação entre um hospital universitário e um hospital não universitário. **Rev. Col. Bras. Cir.** 2012; 39(6): 547-552. Disponível em URL: <<http://www.scielo.br/rcb>> Acesso em: 23/dez./2017.

SANTOS, Marcos Antonio Almeida. A formação do professor de Medicina como "intelectual": uma análise crítica. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2011, vol.35, n.4 [citado 2016-10-19], pp.544-549.

SILVA FILHO, Geraldo (Org.); SANTOS, R. S. (Org.). **Ensaio de Geografia e História do Tocantins**. Para uma interpretação crítica.. 1ª. ed. Palmas: Nagô, 2012.

TARDIF, M. Saberes profissionais dos professores e conhecimentos universitários: Elementos para uma epistemologia da prática profissional dos professores e suas consequências em relação à formação para o magistério. **Revista Brasileira de Educação**, n. 13, Jan/Fev/Mar/Abr 2000.

TAQUETTE, Stella Regina; MINAYO, Maria Cecília de Souza; RODRIGUES, Adriana de Oliveira. Percepção de pesquisadores médicos sobre metodologias qualitativas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 722-732, Apr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400722&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 18/mar./2018.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública** 2005; 39:507-14.

UFT – UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS. **Institucional**. Disponível em: <<http://ww1.uft.edu.br/index.php/institucional>> Acesso em: 22/ago./2016.

_____. UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS. **Histórico. Curso de Medicina**. Disponível em: <<http://ww2.uft.edu.br/index.php/ensino/graduacao/cursos/10762-medicina>> Acesso em: 20 fev./2018.

URTIAGA, M.E.O. **A mediação da cultura docente na formação médica**. Pelotas, RS: UFPEL; 2004.

YAZBECK, D.C.M; AZEVEDO, L.L; SIQUEIRA, M.R.L.; MENEZES, V.M. Novos rumos para a educação médica. **Rev Bras Educ Med.** Rio de Janeiro, 2000; 24.

ZABALZA, M. A. **O ensino universitário: seu cenário e seus protagonistas**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE: Universidade Federal do Tocantins – UFT

Curso: Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT)

Acadêmica: Ana Mackartney de Souza Marinho

Professor-Orientador: Neilton de Araújo Oliveira

Co-Orientadora: Prof. Dra. Marta Azevedo dos Santos

Tema da Dissertação: “COMPETÊNCIAS PEDAGÓGICAS DA PRECEPTORIA MÉDICA NO TOCANTINS, SOB O OLHAR DO RESIDENTE”.

Público-alvo da Pesquisa: Residentes de Medicina

ENTREVISTA

Esta Entrevista solicita ao Senhor (a), médico residente, uma avaliação sobre as competências pedagógicas dos preceptores de Residência Médica, no que se refere a conhecimentos, habilidades e/ou atitudes relacionadas à educação em saúde, cuidado e gestão. A sua análise e participação nesta pesquisa é muito importante e poderá contribuir para o aprimoramento do curso de Desenvolvimento de Competências Pedagógicas para a Prática da Preceptoría em Medicina (DCPPPM) da ABEM-UFT. Na sequência, estão questões abertas para que o Senhor (a) possa detalhar os aspectos que julgar relevantes para a melhoria do Curso. Muito obrigada, pela sua participação neste estudo.

1) Comente sobre os aspectos pedagógicos (didática e metodologias de ensino) adotados por seu/sua Preceptor (a), que foram importantes para o ensino-aprendizagem durante sua Residência Médica?

2) Que aspectos da Preceptoría o (a) Senhor (a) destaca como sendo relevantes para a formação profissional do médico?

3) Que tipos de conhecimentos (gerais e específicos [técnico, protocolos, educação permanente, educação em saúde]; visão ampliada da saúde, do SUS e do contexto local), foram melhores utilizados pelo seu (a) Preceptor(a) durante sua Residência Médica?

4) Em sua opinião, quais as habilidades (aproveitamento de tecnologias no ensino-aprendizagem; identificação/aproveitamento das habilidades individuais dos residentes; agilidade e equilíbrio na transmissão de conhecimentos; estímulo do trabalho em equipe) foram utilizadas pelo seu (a) Preceptor(a) que resultaram em melhor aprendizagem?

5) Aponte as principais competências (*conhecimentos, habilidades e/ou atitudes*), de seu Preceptor (a), que em sua opinião foram importantes para o ensino-aprendizagem e interação dos residentes.

6) Que avaliação o (a) Senhor (a) faz sobre a sua Residência Médica?

7) Qual sua opinião sobre o papel do Preceptor na formação médica dos residentes?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com os critérios da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

O Senhor (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: “COMPETÊNCIAS PEDAGÓGICAS DA PRECEPTORIA MÉDICA NO TOCANTINS, SOB O OLHAR DO RESIDENTE”. Sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Mackartney de Souza Marinho, e do professor orientador Dr. Neilton Araújo de Oliveira, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins – UFT.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS

Dada a abrangência e o desafio que se constitui, na atualidade, a formação médica no país, este trabalho é estratégico pelo fato de oportunizar a discussão das competências pedagógicas referentes ao curso de capacitação dos preceptores em Residência Médica (ABEM/UFT); avaliando a intervenção deste curso, por meio da percepção dos residentes, os impactos dessas competências no processo educacional, direcionado a atender as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN), repactuadas desde 2014. Este tema torna-se relevante, principalmente para os gestores do Projeto Preceptoría em Saúde, ABEM/UFT, já que os resultados obtidos poderão fornecer subsídios que justifiquem a continuidade do curso no Tocantins.

Informamos que essa pesquisa faz parte de um conjunto de entrevistas coletivas compostas por grupos focais, que tem por objetivo avaliar as competências pedagógicas do Curso de Preceptoría em Saúde no Tocantins, que, sob a percepção dos residentes de medicina, são mais relevantes e estratégicas.

Oito formandos de Residência Médica da UFT comporão a amostra deste estudo. O instrumento de coleta de dados será a entrevista semiestruturada, possibilitando ao participante responder as questões livremente.

Informamos que você deverá estar ciente de que a entrevista será gravada em áudio, sendo este um procedimento comum dentro dos padrões de ética em pesquisas científicas. Nós pesquisadores nos comprometemos em utilizar os resultados obtidos de forma a preservar o seu anonimato, não divulgando a sua voz ou revelando dados que permitam que você seja identificado (a) e que possam lhe ocasionar prejuízos intencionais de quaisquer naturezas. È necessário que você entenda que sua participação é totalmente voluntária e não remunerada, que não teremos despesas provenientes de sua participação na pesquisa, que os riscos à sua pessoa e ao grupo social do qual faça parte são mínimos. Entretanto, vale ressaltar que caso venha a ocorrer danos físicos e/ou psicológicos decorrentes de sua participação na pesquisa, estes serão indenizados mediante o pagamento de tratamento clínico e/ou psicológico que se faça necessário.

Durante a pesquisa, a ser realizada na COREME/ UFT, Bloco Bala I, sala 18, estará disponível um médico e uma psicóloga de plantão para atender eventuais intercorrências dos participantes no estudo. Esta equipe também ficará disponível para tal atendimento no período de até trinta dias após a conclusão da coleta de dados.

Durante a realização da entrevista, você poderá interrompê-la no momento em que desejar, sem quaisquer prejuízos. Será possível também, que você desista a qualquer tempo e hora de participar desta pesquisa, mesmo após assinatura deste documento, sendo nossa responsabilidade comunicar esta decisão. Tal decisão será respeitada por nós pesquisadores.

Este documento foi lido na sua íntegra, sendo que demonstro meu aceite através de minha assinatura, em duas vias, sendo que uma via permanecerá comigo, devidamente identificada e também assinada pela entrevistadora.

Dados do (a) entrevistado (a):

Nome: _____ Docto: _____

Assinatura _____

Dados da entrevistadora:

Nome: _____

Docto: _____

Assinatura _____

Palmas, ___/___/___

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Tocantins / CEP-UFT.

Endereço: Quadra 109 Norte, Avenida NS-15, ALCNO 14, Plano Diretor Norte, Câmpus Universitário de Palmas – Prédio do Almojarifado, CEP: 77001-090 Palmas- TO.

Email; cep_uft@uft.edu.br

Telefone: (63) 32328023.

Orientador e Pesquisador responsável: Dr. Neilton de Araújo Oliveira

Endereço: Quadra 109 Norte, Avenida NS-15, ALCNO 14, Plano Diretor Norte, Câmpus Universitário de Palmas

Email: <neiltonaojose@gmail.com>

Telefone: (63) 3232.8187.

Nome da Acadêmica-Pesquisadora: Ana Mackartney de Souza Marinho

Endereço: 309 Sul Rua 6 Lote 15 QI-10

Plano Diretor Sul CEP: 77015-448

Palmas – TO.

Telefone: (63) 98121.2193

E-mail: <mackartney@hotmail.com>

ANEXOS

DOCUMENTO 1: A Formação de Preceptores em Saúde: desenvolvendo competências interdisciplinares a partir da interprofissionalidade

Este Artigo é fruto de um estudo sobre a formação de preceptores em medicina e foi publicado na *Interdisciplinary Journal of Health Education*, em 2017.

A FORMAÇÃO DE PRECEPTORES EM SAÚDE: DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS INTERDISCIPLINARES A PARTIR DA INTERPROFISSIONALIDADE.

THE PRECEPTORS FORMATION IN HEALTH: DEVELOPING INTERDISCIPLINARY SKILLS FROM INTERPROFESSIONALY.

Rebeca de Paula Garcia¹, Ana Mackartney Souza Marinho¹,
Paloma Graciano de Carvalho Moura², Jorge Luiz Barbosa Moura²,
Paulo Marcondes Carvalho Junior³, Neilton Araujo Oliveira⁴

¹ Universidade Federal do Tocantins, Palmas (TO), Brasil.

² Universidade Federal do Tocantins, Associação Brasileira de Educação Médica, Palmas (TO), Brasil.

³ Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil.

⁴ Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Tocantins, Palmas (TO), Brasil.

RESUMO

Durante a formação acadêmica do médico, nota-se pouco incentivo à correlação entre o conteúdo trabalhado em sala de aula e a realidade profissional, mas nos últimos anos as Instituições de Ensino Superior têm buscado integrar os diversos níveis de formação profissional, assim como as diversas especialidades e saberes, aproximando outras áreas de conhecimento e estabelecendo relações entre elas. Nessa perspectiva, oficinas e outras práticas colaborativas, com trocas de conhecimento, possibilitam interações de experiências, especialidades e habilidades que, numa construção coletiva, podem reformular modelos de atenção e de educação em saúde. O objetivo deste artigo é relatar o processo de capacitação de preceptores no “Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría Médica ABEM-UFT” (CDCPPM) que ocorreu no centro colaborador da cidade de Palmas, no estado do Tocantins. A descrição será feita a partir dos dados do perfil de cada uma das quatro turmas ao longo das quatro edições do curso. O CDCPPM contou com a carga horária média de 180 horas cumpridas presencialmente em encontros de imersão e virtualmente através de plataformas de ensino à distância. Pautado na concepção pedagógica da problematização o curso formou noventa e um preceptores de diferentes áreas de atuação nestas quatro edições. Constatou-se que o curso, de cunho inédito na região, colaborou para o desenvolvimento de competências interdisciplinares e interprofissionais na educação em saúde, além de fomentar a continuidade e multiplicação local do processo crítico-reflexivo de formação de preceptores.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde. Preceptoría. Relações interprofissionais. Pesquisa interdisciplinar.

ABSTRACT

During a doctor's academic formation, there is little incentive to correlate classroom content with professional reality. However, universities have recently sought to integrate different levels of professional training, as well as various specialties and knowledge, to approach other areas of knowledge and establish relations between them. In this perspective, workshops and other collaborative practices that allow exchanges of knowledge enable interactions of experiences, specialties and skills that, in a collective construction, can reformulate models of health care and education. The objective of this article is to report on the training of preceptors in the “the ABEM-UFT Pedagogical Competency Development Course for Preceptorship Practice (PCDCPP)”, which took place in the collaborating center of Palmas's city, located at Tocantins state. The description was made from the profile data of each of the four teams throughout the four editions of the course. The PCDCPP had the average hourly workload of 180 hours course classroom and virtually, through distance learning platforms. Based on the pedagogical conception of questioning, the course formed 91 preceptors from different areas of activity in these four editions. Besides fostering the continuity and local multiplication of the critical-reflexive process of teacher

training, it was verified that the unprecedented regional course contributed to the development of interdisciplinary and inter-branch professional expertise in health education.

KEYWORDS: Health education. Preceptorship. Interprofessional relations. Interdisciplinary research.

Contextualização

Durante a formação acadêmica do médico, nota-se pouco incentivo à correlação entre o conteúdo trabalhado em sala de aula e a realidade profissional, mas nos últimos anos as Instituições de Ensino Superior têm buscado integrar os diversos níveis de formação profissional, assim como as diversas especialidades e saberes, aproximando outras áreas de conhecimento e estabelecendo relações entre elas. Nessa perspectiva, oficinas e outras práticas colaborativas, com trocas de conhecimento, possibilitam interações de experiências, especialidades e habilidades que, numa construção coletiva, podem reformular modelos de atenção e de educação em saúde.

As reformas curriculares nos cursos voltados à formação de profissionais de saúde consistem num dos maiores desafios relacionados à formação de recursos humanos em saúde. Para garantir uma formação profissional correspondente às necessidades de saúde da população, é necessária uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva condizente com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Sabe-se que em um contexto de unidisciplinaridade, a atenção à saúde integral do indivíduo é prejudicada, uma vez que esse modelo reforça a relação tradicional entre membros de equipe, desvalorizando a colaboração do outro.

A integração entre disciplinas, saberes e práticas consiste num desafio presente no cotidiano dos profissionais da saúde, ao desenvolverem o seu trabalho em equipe. Garcia et al.² (p. 147-155) diz:

[...] na interdisciplinaridade as ações seriam planejadas em função das necessidades do grupo populacional a ser atendido e não se limitaria às definições apriorísticas de papéis de cada profissional. De modo esquemático, o que diferenciaria este conceito do de transdisciplinaridade seria a permanência da dominância de determinados saberes.

As práticas colaborativas permitem interações onde conhecimentos, especialidades, experiências e habilidades, são compartilhados numa lógica baseada em valores humanistas. Estes buscam tornar a pessoa o centro da atenção profissional. Nesse sentido o trabalho interprofissional é uma resposta possível para esses impasses, reagrupando conhecimentos que estão dispersos, evitando também a duplicação de cuidados³.

Nesta perspectiva, Ceccim e Feuerwerker⁴ consideram que as Instituições de Ensino Superior têm buscado integrar os diversos níveis de formação profissional, assim como as diversas especialidades e saberes, aproximando outras áreas de conhecimento ao estabelecer relações horizontais. Para isso, é fundamental a humildade e a disponibilidade num movimento para reconhecer dificuldades entre as partes, de posições diferentes entre os atores e nas interações entre estes².

A construção coletiva é fundamental para a reconsideração dos modelos de atenção e de educação em saúde, através da interdisciplinaridade nas práticas profissionais crítico-reflexivas sobre o trabalho em saúde, permitindo que o cotidiano de relações da organização da gestão setorial e estruturação de cuidados à saúde, se incorporem ao aprender e ao ensinar, formando profissionais não só para a área da saúde como também para o SUS⁴.

Por este motivo, Anastasiou e Alves¹ falam da intensificação da realização de oficinas pedagógicas que permitam a troca de conhecimentos envolvendo um conjunto de pessoas, na construção de saberes integrados, baseados em objetivos comuns. De acordo com Garcia et al.², o desenvolvimento de competências e habilidades apontadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina poderia ser efetivado, através da integralidade, modificando a produção de saberes e da formação profissional, onde deve ser claro que uma única ciência não é capaz de abranger as necessidades de uma pessoa ou da sociedade.

Por este ângulo, a formação pedagógica do preceptor é fundamental para a efetivação do SUS, pois através dos estágios realizados nestes cenários de prática o discente tem oportunidade de discutir e elaborar estratégias para a superação de problemas de saúde da população. A visão da personalidade integral do indivíduo é desenvolvida conforme o rompimento da dissociação entre teoria e prática.

Deste modo, ressalta-se a necessidade de estudos voltados à preceptoria em saúde, assim como o desenvolvimento de suas competências pedagógicas, uma vez que a mudança na formação, conforme Ceccim e Feuerwerker⁴, está pautada na tríade ensino-serviço-comunidade. A integralidade do cuidado no SUS é capaz de reestruturar os estabelecimentos e as organizações do setor da saúde de modo articulado, interprofissionalmente, honrando os dispositivos e princípios do mesmo.

Anastasiou e Alves¹ ressaltam a necessidade da conversa, capaz de levar à superação das dificuldades encontradas ao longo do processo. Além disso, a possibilidade de diálogo revela a necessidade de estruturação

de equipes de saúde garantindo trocas e inter-relações profissionais, num processo de tensão e vinculação da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade no SUS.

Na promoção da interdisciplinaridade, o preceptor atua diretamente na formação do aluno, apesar da falta de capacitação para o exercício desta função. Costa et al.⁵ afirma que existe uma deficiência no domínio da área educacional no desempenho do docente de Medicina. A atuação docente na área médica se restringe à reprodução de modelos considerados válidos aprendidos anteriormente e à experiência prática cotidiana. E ainda diz que é necessário planejar uma formação pedagógica que integre experiências e vivências docentes com a discussão e o debate de princípios teóricos de educação.

Dentro desta perspectiva, para o grande estudioso da educação, Perrenoud⁶, o principal recurso do professor é a “postura reflexiva”, definida como sua capacidade de observar, de regular, de inovar, de aprender com os outros e com a experiência. Para isso são necessários projetos que criem estratégias de discussão e troca de experiência, que promovam o desenvolvimento de habilidades pedagógicas e que possam ser inseridos na já disputada carga horária dos preceptores das escolas médicas brasileiras.

Chazan et al.⁷ (p. 102) ainda diz: “Os docentes precisam se aventurar a passar por processos de ensino aprendizagem que reconfigurem seus “velhos habitus”, considerando que, para formar novos médicos, ser um deles é necessário e importante, mas certamente já não é suficiente”.

Há a necessidade de mudar a prática médica através da valorização do processo de ensino-aprendizagem dos cenários de prática, capacitando docentes e preceptores para a formação profissional crítica e voltada à saúde.

Vale ressaltar que este relato de experiência tem como objetivo descrever a organização e construção do Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría Médica (CDCPPPM) no Tocantins, nos anos de 2012 a 2015, com ênfase na interdisciplinaridade e interprofissionalidade dos preceptores (discentes) e equipe (docentes) do Curso.

Durante a gestão de 2010-2012 a associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) buscou dar continuidade à Carta de Acordo BR\LOA\ 1121.001, com o Projeto Preceptoría. Em sua primeira fase, durante os anos de 2010 a 2012 o Projeto objetivou realizar um programa para o desenvolvimento de competências pedagógicas para a prática da preceptoría na Residência Médica pautado pelos princípios do SUS e competências gerais das Diretrizes Curriculares Nacionais de graduação de medicina⁸.

Nesta fase, foi constituído um Núcleo Docente Estruturante (NDE) com 44 membros responsáveis pela implantação do Curso (CDCPPPM) em 12 centros colaboradores (CC), que participaram da organização e oferta das primeiras turmas do curso em locais estratégicos nacionais. A Universidade Federal do Tocantins foi um destes centros colaboradores.

Descrição da experiência

Este relato de experiência é fruto da participação e observação dos autores no “Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría” da ABEM em parceria com a Universidade Federal do Tocantins (UFT).

A partir dos acervos do Curso, foram colhidos dados dos perfis de cada turma no período de 2012 a 2015, totalizando quatro turmas. A carga horária do curso está composta por 180 horas, sendo que 60 horas são presenciais com encontros de imersão, podendo ser três encontros de dois dias consecutivos com intervalo de seis semanas, ou dois encontros de três dias consecutivos com intervalos de oito semanas. As demais 120 horas, à distância, são realizadas através de ambientes virtuais de aprendizagem (AVA) operacionados pela plataforma moodle. A equipe organizadora e executante do curso, contava com as seguintes figuras:

COORDENADORES: têm a atribuição de coordenar as ações que permitam o desenvolvimento integral do Projeto, elaborar relatórios, divulgar os resultados e prestar contas.

SUPERVISORES: têm a atribuição de acompanhar e avaliar o desenvolvimento integral dos cursos, presencial e à distância, busca o alinhamento das práticas pedagógicas nos diferentes Centros e interage com a Coordenação do Projeto com vistas ao alcance dos objetivos.

SUPERVISOR DE EAD: acompanha, assessora e supervisiona o desenvolvimento das atividades no Ambiente Virtual do curso.

ORIENTADORES DE APRENDIZAGEM (OAs): acompanha, apoia e orienta o ambiente presencial e à distância as atividades dos tutores, é o responsável pelo feedback formativo ao tutor.

ASSESSOR PEDAGÓGICO: tem a atribuição específica de auxiliar no acompanhamento e análise de indicadores de resultado do projeto.

FACILITADORES DE EAD – atuam no suporte às atividades da equipe do NDE, operacionalizam o planejamento do curso no ambiente virtual, monitoram os fóruns à distância e organizam os materiais produzidos.

TUTORES - Após capacitação, desenvolvem o curso para preceptoría nos Centros Colaboradores e de Referência e auxiliam na sistematização dos relatórios finais e consolidação dos dados.

TUTORES GESTORES: Tutores com a responsabilidade pela organização logística do Curso nos Centros de Referência além de apoiar os Tutores Junior no desenvolvimento das atividades presenciais e à distância.

O CDCPPP é estruturado em três eixos: cuidado, educação e gestão do trabalho em saúde. Sua concepção pedagógica norteadora é a da problematização, baseando o ensino e a aprendizagem nos problemas extraídos do contexto da prática. As estratégias utilizadas são as metodologias ativas, com diferentes recursos didáticos, como: situação problema, construção de relatos de prática, exposição dialogada, dinâmicas de grupo, dramatizações, recursos audio-visuais, dentre outros. Tanto nos momentos presenciais quanto à distância, as experiências de ensino e aprendizagem estão organizadas em diferentes grupos de trabalho, favorecendo a integração e o desenvolvimento de capacidades colaborativas para o trabalho em equipe. Há também momentos de atividades individuais, auto-dirigidas e de busca ativa do conhecimento. Como proposta de trabalho final do Curso, cada preceptor elabora um projeto de intervenção, com objetivo de qualificação da formação em seu cenário de atuação. Essa é uma das avaliações do Curso, porém a avaliação não é pontual, e sim contínua, sendo um componente importante desse processo formativo, permitindo o aprimoramento das estratégias de ensino adotadas, além de uma auditoria do próprio desempenho dos educandos⁹.

Resultados e impactos

1ª Turma (2012):

A 1ª turma do estado do Tocantins era formada por preceptores da Residência Médica da UFT nas seguintes especialidades: Pediatria (10), Cirurgia (6), Clínica Médica (5), Ginecologia-Obstetrícia (2) e Programa de Saúde da Família (2), além de duas enfermeiras convidadas da Etsus (Escola Tocantinense do SUS), que auxiliariam na estruturação da continuidade local do Curso, favorecendo mais essa parceria, e também a ampliação do público-alvo local para o multiprofissional, no futuro.

A Equipe (Núcleo Docente Estruturante do Tocantins: NDE-TO) neste ano foi composta por dois tutores (sendo a tutora local a primeira autora deste estudo, e o outro tutor externo), um orientador de aprendizagem (OA, responsável por acompanhar, apoiar e orientar os tutores) e uma supervisora, que era também a coordenadora nacional do Projeto Preceptorial ABEM nacionalmente. Todos esses médicos, porém de especialidades diferentes.

2ª Turma (2013):

Nesse ano, o estado do Tocantins foi pioneiro na continuidade do Projeto Preceptorial ABEM com parcerias locais (Etsus, além do já Centro Colaborador UFT), e para isso fez algumas adaptações à realidade local. O público-alvo estendeu-se de preceptores da Residência Médica, também para os de Internato e Graduação, ajustando-se então o nome para “Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a prática da Preceptorial Médica”.

A turma era formada por preceptores das seguintes especialidades: Pediatria (7), Cirurgia(7), Clínica Médica(7), Ginecologia-Obstetrícia(3), Programa da Saúde da Família (4), Patologia (1) e Ortopedia (1), além de um convidado do Internato Rural da UFT, odontólogo, e duas enfermeiras convidadas da Etsus, que auxiliaram na estruturação da continuidade local do Curso e também no planejamento da ampliação do público-alvo para o multiprofissional, para o ano seguinte.

A Equipe (NDE-TO) neste ano foi composta pelo dobro de pessoas (oito): quatro novos integrantes, como tutores, e os quatro já existentes. Os novos tutores foram preceptores formados na turma anterior, sendo uma deles específica para o AVA. Dos integrantes prévios, dois mudaram de função: a primeira autora deste estudo, tornou-se a coordenadora local, o outro tutor (do ano anterior) tornou-se também um orientador de aprendizagem (ficando, então, dois OAs) enquanto à supervisão, não houve mudança em relação ao ano anterior. Dos oito, eram sete médicos, de diferentes especialidades, e uma enfermeira. Avanços como a parceria do Etsus e a utilização de Ambiente Virtual de Aprendizagem próprio o Telessaúde – UFT, e não mais a plataforma Telessaúde da UERJ, foram passos importantes para tornar-se um centro de referência.

3ª Turma (2014):

Nesse ano, o estado do Tocantins deu continuidade ao Projeto Preceptorial ABEM com parcerias locais (Etsus, além do já Centro Colaborador UFT), e fez mais algumas adaptações à realidade local. O público-alvo estendeu-se de preceptores da Residência Médica também para Multiprofissional, além dos de Internato e Graduação, incluindo agora os Cursos de Enfermagem e Nutrição da UFT, ajustando-se então o nome para “Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a prática da Preceptorial em Saúde”.

A turma era formada por preceptores das seguintes áreas: Pediatria (6), Cirurgia (4), Clínica Médica (2), Ginecologia-Obstetrícia (1), Programa de Saúde da Família (2), Anestesia (2), Ortopedia (1), Enfermagem (2), Nutrição (1), Fisioterapia (1), Psicologia (1) e Odontologia (1), além de uma cirurgiã dentista convidada do Curso de Especialização FAIMER Brasil, que auxiliaria na estruturação de um curso semelhante, para o público-alvo multiprofissional, em sua região (Nordeste).

4ª Turma (2015):

Nesse ano, houve a continuidade ao Projeto Preceptorial ABEM com a sua fase II, nacionalmente. A UFT, juntamente com os demais Centros Colaboradores da fase I, se tornaram Centros de Referência; e mais novos sete Centros se incorporaram como Colaboradores. O público-alvo no Tocantins manteve-se de preceptores da Residência Médica e Multiprofissional, além dos de Internato e Graduação, incluindo os Cursos de Enfermagem e Nutrição da UFT, mantendo-se o nome “Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptorial em Saúde”.

A turma era formada por preceptores das seguintes áreas: Pediatria (4), Cirurgia (3), Clínica Médica (7), Ginecologia-Obstetrícia (2), Programa da Saúde da Família (2), Anestesia (2), Psiquiatria (1), Dermatologia (1), Enfermagem (3), Nutrição (2) e Biologia (1).

A Equipe (NDE-TO) neste ano foi composta por quatro novos tutores, sendo dois “juniores” (um fisioterapeuta e uma psicóloga) e dois “observadores” (ambos médicos), todos formados na turma anterior; dos três tutores “sêniores” de 2014, continuaram dois; a primeira autora deste estudo se tornou a orientadora de aprendizagem e o OA do ano anterior se tornou o supervisor.

Considerações Finais

Conclui-se, com este relato de experiência, que Cursos de Formação de Preceptores em um modelo educacional crítico-reflexivo e com abordagem holística conduzida por profissionais da saúde e educação, desde a formação de seus tutores, colabora para o processo de desenvolvimento de competências interdisciplinares e interprofissionais na educação em saúde.

No Tocantins, o CDCPPM foi pioneiro nesses moldes. Integrou diferentes áreas de atuação e ao longo das quatro edições formou preceptores com habilidades pedagógicas voltadas ao ensino médico. Com a continuidade do curso, o objetivo é aprofundar e analisar outros aspectos, a fim de abordar de forma qualitativa e quantitativa, mais dados do Projeto.

Referências

1. Anastasiou LGC, Alves LP. Estratégias de ensinagem. In: Anastasiou LGC, Alves LP. Processos de ensinagem na universidade. Joinville: Univille; 2007. p. 73-107.
2. Garcia MAA, Pinto ATBCS, Odoni APC, et al. A interdisciplinaridade necessária à educação médica. *Rev Bras Educ Med.* 2007;31(2):147-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022007000200005>.
3. Furtado JP. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. *J Ment Health.* 2011;1(1):178-89.
4. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.* 2004;14(1):41-65. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>.
5. Costa NMSC, Cardoso CGLV, Costa DC. Concepções sobre o bom professor de medicina. *Rev Bras Educ Med.* 2012;36(4):499-505. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000600008>.
6. Perrenoud P. A prática reflexiva no ofício do professor: profissionalização e razão pedagógicas. Porto Alegre: Artmed; 2002.
7. Chazan ACS. As dores e delícias da formação médica: um estudo de caso sobre a qualidade de vida dos estudantes de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2015.
8. Associação Brasileira de Educação Médica. Caderno de ensinagem do Tutor. Rio de Janeiro; 2016.
9. Afonso DH, Silveira LM. Projeto Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptorial: Fase II. Protocolado em 30/10/2012 sob nº 25000.192026/2012-48. – Rio de Janeiro: ABEM; 2014. Carta Acordo assinada em 15/05/14.
10. Paula RG. Avaliação do desenvolvimento pedagógico dos preceptores de um curso de preceptorial em saúde no Estado do Tocantins [dissertação]. Tocantins: Universidade Federal do Tocantins; 2016. p. 15-50 [citado em 2016 Jun 1]. Disponível em: <http://repositorio.uft.edu.br/handle/11612/212>.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram do planejamento e execução do trabalho, leram e aprovam a versão final submetida ao *Interdisciplinary Journal of Health Education (IJHE)*.

DOCUMENTO 2: A Educação Médica e os Desafios da Formação Docente

Este Artigo é o resultado de um estudo sobre a educação médica contemporânea e foi submetido à publicação em uma revista nacional de Educação Médica.

A EDUCAÇÃO MÉDICA E OS DESAFIOS DA FORMAÇÃO DOCENTE

MARINHO, A. M. S.⁵

RESUMO

Introdução: Este estudo aborda a formação do docente de medicina e a relevância de sua qualificação no processo ensino-aprendizagem. Pois, além das competências fundamentais ao exercício da profissão, também existem as competências específicas à docência universitária: domínio de uma área do conhecimento, domínio pedagógico e o exercício da dimensão política do ensino superior. **Objetivo:** Realizar uma revisão de literatura sobre a educação médica no país e os desafios atuais, para a formação de docentes. **Percorso Metodológico:** A revisão de literatura foi realizada nos indexadores da BVS, Bireme e SciElo, cruzando os seguintes unitermos: educação médica, docência em medicina, formação de professores de medicina (*Medical education, teaching in medicine, training of medical teachers*). **Resultados e Discussão:** As discussões sobre a educação médica têm sido questionadas nos últimos tempos, tendo em vista que a formação docente é decisiva para modificar o ensino médico no país. Os debates sobre a necessidade de formação docente para os professores do curso de Medicina foram influenciados pelos novos paradigmas da educação médica, visando corrigir a discrepância existente entre a universidade, as necessidades de saúde da população, os conhecimentos e habilidades relacionais necessários à humanização dos serviços de saúde e ainda, as demandas surgidas da prática profissional. Nos vários estudos publicados, constatou-se argumentações semelhantes entre os autores, que reconhecem como sendo relevantes a formação didático-pedagógica e crítica-reflexiva do docente de medicina. Com isso, a formação do docente na atualidade deve ser focada não apenas para formar médicos tecnicamente competentes, mas também preparados à prática profissional, sendo capazes de pensar criticamente, analisar os problemas da sociedade e buscar soluções para estes, adquirindo sua autonomia. **Conclusão:** Concluiu-se, que tanto importante quanto identificar as dificuldades inerentes à formação de docentes, é preciso mostrar aos professores de medicina que este é um processo de mão dupla: aprender e ensinar em Medicina.

Palavras-Chaves: Educação Médica. Formação Docente. Medicina.

MEDICAL EDUCATION AND THE CHALLENGES OF TEACHING TRAINING

ABSTRACT

Introduction: This study deals with the training of medical teachers and the relevance of their qualification in the teaching-learning process. For, in addition to the fundamental competences for the exercise of the profession, there are also specific competences for university teaching: mastery of an area of knowledge, pedagogical domain and the exercise of the political dimension of higher education. **Objective:** To carry out a review of the literature on medical education in the country and the current challenges for the training of teachers. **Methodology:** The literature review was carried out in the indexes of the VHL, Bireme and SciElo, crossing the following uniterms: medical education, teaching in medicine, medical education, medical education, training of medical teachers. **Results and Discussion:** Discussions about medical education have been questioned in recent times, given that teacher education is decisive for modifying medical education in the country. The debates about the need for teacher education for teachers of the medical school were influenced by the new paradigms of medical education, aiming at correcting the discrepancy between the university, the health needs of the population, the knowledge and relational skills necessary for the humanization of services Health and also the demands arising from professional practice. In the various published studies, similar arguments were found among the authors, who recognize as relevant the didactic-pedagogical and critical-reflexive formation of the medical professor. With this, the training of teachers nowadays should be focused not only on training technically competent physicians but also prepared for professional practice, being able to think critically, analyze the problems of society and seek solutions for them, acquiring their autonomy. **Conclusion:** It is concluded that as important as identifying the difficulties inherent in teacher training, it is necessary to show the teachers of medicine that this is a two-way process: learning and teaching in Medicine.

Keywords: Medical Education. Teacher Training. Medicine.

⁵ Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT)

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o ensino em saúde, em especial o ensino médico, tem sido constantemente criticado e questionado sobre a real capacidade de os cursos de medicina cumprirem as finalidades gerais propostas em seus programas, que deveriam ser a de “desenvolver, no estudante, o potencial intelectual, a capacidade de análise, julgamento e avaliação crítica, a habilidade para resolver problemas, o raciocínio crítico, a abordagem criativa e inquiridora”¹. Entretanto, estudos realizados nas últimas décadas têm discutido a questão do currículo no ensino médico e as tendências de mudança na formação médica^{2,3}.

Nesse sentido, nota-se que a preocupação crescente com a modificação da formação médica se deve a insatisfação com a realidade existente, que demanda um profissional apto a atuar e a contribuir com uma sociedade que passa por profundas mudanças políticas e sociais⁴. Com isso, as críticas e os questionamentos sobre a formação têm resultado na retomada dos estudos e debates sobre a educação médica, com propostas de mudança da formação.

Desta maneira, a formação docente é decisiva para modificar o ensino médico no país. No entanto, vale ressaltar que a atividade docente tem sido considerada como secundária por professores de medicina, haja vista que na avaliação de alguns profissionais a competência técnica de sua especialidade é o que define sua competência docente. Pois, para ser bom professor de medicina, basta ser bom médico⁵.

Corroborando com tal perspectiva, Costa⁴ destaca que na percepção destes professores “[...] os saberes adquiridos através da experiência profissional fundamentam a competência docente”. E como normalmente, são considerados bons profissionais em sua área específica de atuação, o critério para contratação de docentes nos cursos de medicina acaba sendo focado na qualidade de seu desempenho em sua área técnica de atuação^{6,7,8}.

No entanto, esta visão está mudando, muitos professores universitários já percebem que a docência de qualquer profissão, demanda capacitação específica. Pois, além das competências necessárias para o exercício da profissão, também existem as competências relacionadas especificamente à docência universitária: domínio de uma área do conhecimento, domínio pedagógico e o exercício da dimensão política do ensino superior⁹.

Mediante o exposto, este estudo teve por objetivo geral realizar uma revisão de literatura sobre a educação médica no país e os desafios atuais, para a formação de docentes.

Dada à abrangência e o desafio que se constitui na atualidade a formação de professores de Medicina no país, este trabalho oportuniza a discussão das competências pedagógicas necessárias à docência médica direcionadas a atender as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN), repactuada desde 2014.

NOVOS PARADIGMAS NA EDUCAÇÃO MÉDICA

Em vários países, o ensino médico vem sendo analisado e discutido amplamente por profissionais da área médica, meios de comunicação e a sociedade como um todo devido à insatisfação no atendimento à população e a necessidade de reformulação da formação médica frente as demandas surgidas a partir da prática dos profissionais⁴.

No Brasil, os debates sobre a formação de recursos humanos na área da saúde intensificaram-se a partir da nova concepção do Serviço Único de Saúde (SUS) nos anos 1980, haja vista a discrepância existente entre a universidade, as necessidades de saúde da população e os serviços ofertados pela rede de saúde pública. Para atender estas demandas, o Ministério da Saúde ampliou sua atuação, criando a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) para definir políticas de formação, distribuição e gestão dos trabalhadores em saúde¹⁰.

Nesse sentido, vale lembrar que ao se considerar os princípios de universalidade, equidade e integralidade consolidado com o SUS, faz-se necessário uma profunda transformação das escolas médicas, que devem formar profissionais com uma compreensão mais ampla e abrangente das demandas e necessidades humanas de saúde¹¹. Dentre estas incluem condições de vida adequadas, acesso às diversas tecnologias em saúde, vínculo com os profissionais ou equipes de saúde que atendem e a possibilidade do desenvolvimento crescente da autonomia sobre as escolhas de vida¹¹.

Em função destes aspectos é que o Ministério da Saúde vem implementando medidas estruturantes com perspectivas de impacto futuro. Dentre essas medidas inclui-se a formação médica, por meio das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), para os cursos de graduação em medicina¹²; o Programa de Incentivo à Mudança Curricular no Curso de Medicina (PROMED); e o Programa Mais Médicos com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS¹³.

Além desses, o MEC por meio da CAPES lançou o Mestrado Profissional Associado a Residências em Saúde, visando aproximar a necessidade de formação de pesquisadores e educadores aos programas de residência¹⁴. As profissões de saúde com períodos longos e atividades intensas de treinamento em trabalho, devem ser estimuladas para desenvolver aprendizagens relativas a especialização, já que podem contribuir para a construção do conhecimento científico e a formação de habilidades do processo ensino-aprendizagem.

Ao discorrer sobre a intersecção entre o mestrado profissional e a residência médica, Rebelatto et al.¹⁴ ressaltam que esta foi uma maneira de corrigir o “tempo utilizado para se formar um professor universitário ou pesquisador” em alguns setores da saúde, em especial a medicina. Após seis anos no curso de graduação, o estudante busca a especialização em residência médica: de dois a cinco anos. E, caso este se interesse pela docência universitária e pesquisa científica terá ainda de dois a sete anos no mestrado e doutorado.

Desta maneira, o tempo dedicado entre a formação médica, a residência e à docência em medicina pode chegar a dezoito anos, o que para o MEC seria contraproducente o retorno do investimento educacional no indivíduo¹⁵. Vale lembrar, que com a implantação de novos cursos de medicina e de programas de residência médica no país, visando adequar às necessidades de saúde da população, aumenta a demanda de novos professores qualificados, cuja docência seja focada não apenas em formar médicos competentes tecnicamente, mas futuros profissionais que tenham um conjunto de conhecimentos e habilidades relacionais; com vivência no acesso universal e de humanização no atendimento e integração efetiva com os serviços de saúde pública¹⁶.

FORMAÇÃO DOCENTE

Na avaliação de alguns estudiosos a prática pedagógica é considerada o domínio específico da profissão docente, sendo, portanto, o elemento relevante da identidade profissional do professor. Dentre as características essenciais para ser um bom professor estão as competências científica, pedagógica e relacional/afetiva¹⁶.

Desta maneira, o investimento institucional em cursos de formação didático-pedagógica é de grande importância para uma reflexão sobre a prática docente executada, haja vista que o corpo docente é o alicerce fundamental para as bases das mudanças necessárias à formação de profissionais da área da saúde⁴.

Na avaliação de Zabalza¹⁷, existem duas concepções de formação docente universitária: a não profissional e a profissional. A não profissional considera que o ensinar se aprende ensinando, ou seja, a formação docente é apenas uma reprodução de modelos pré-existentes. Já na profissional, advoga que o ensino é uma atividade complexa e de grande desafio social, pois também envolve exigências intelectuais. Por isso, ensinar consiste em uma série de habilidades básicas que podem ser adquiridas, melhoradas e ampliadas por meio de processo consistente de formação.

Atualmente, a maioria dos médicos formados no país procura a residência médica visando aperfeiçoar sua prática médica em alguma especialidade. Durante esta fase de seu desenvolvimento profissional, este exerce uma função docente, mas que muitas vezes oculta em seus currículos formais¹⁸.

Na concepção de Tardif¹⁹, essa fase inicial da formação é decisiva na construção do sentimento de competência para estabelecer rotinas de trabalho e estruturar a prática profissional seja como médico ou professor.

Além disso, proporciona a edificação de um saber experiencial, que se resulta em certezas profissionais, rotinas e modelos de ensino. Desse período, vale ressaltar a forte influência do preceptor, que “é duplamente professor, pois ensina a outros médicos, ao futuro médico e ao paciente²⁰”. Nesse cenário, normalmente os egressos dos programas de residência médica ganham a preferência nas seleções para orientar as atividades práticas dos estudantes diante de outros que não fizeram a formação.

As experiências de formação docente para o médico residente, em alguns países, evidenciaram que as habilidades de ensino destes residentes devem sempre ser desenvolvidas, já que existem indícios de melhorias significativas, não apenas nas competências pedagógicas dos residentes que participaram de tais programas de treinamento, como também em sua proficiência clínica²¹.

Na avaliação de Chazan¹¹, a formação docente tem se tornado cada vez mais relevante na educação médica e as iniciativas brasileiras têm sido realizadas no sentido de que esta formação seja capaz de atender às expectativas de saúde da população. As estratégias utilizadas nesse âmbito têm sido reconhecidas pelo Ministério da Saúde e pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), como fundamentais após as DCN¹² e a Lei do Mais Médicos¹³.

Afonso e Silveira²² explicam que a apropriação, pelos docentes da concepção pedagógica crítico-reflexiva (aspecto sociocultural), é um passo decisivo rumo à profissionalização tanto da função de preceptoria, como também para viabilizar as transformações necessárias no ensino médico. Nesse sentido, os Cursos de Formação Pedagógica para a Prática da Preceptoria (CFPPP/ABEM), sob a coordenação de Afonso e Silveira, foi o ponto de partida para as experiências de ensino-aprendizagem, haja vista que têm contribuindo para a reflexão sobre as próprias práticas.

Nesse contexto, ressalta-se o processo de aprimoramento curricular que vem sendo realizado pelas faculdades de ciências médicas, cujo principal desafio é o de mobilizar os docentes para a transformação curricular, através do desenvolvimento de processos de ensino-aprendizagem que incentivem o protagonismo dos estudantes na busca pela informação.

PERCURSO METODOLÓGICO

A técnica de pesquisa utilizada neste estudo foi à dedutiva descritiva, tendo como suporte bibliográfico referências na área da educação médica e foco na formação de docentes.

A revisão de literatura foi realizada nos indexadores da BVS, Bireme e SciELO, cruzando os seguintes unitermos: educação médica (*medical education*), docência em medicina (*teaching in medicine*), formação de professores de medicina (*training of medical teachers*).

Inicialmente, não foi utilizado nenhum critério de exclusão, já que o limite de busca definido para a pesquisa foram as bases de dados.

Ao utilizar os unitermos supracitados foram encontrados respectivamente: 128 artigos na base de dados da BVS; 81 na Bireme e 64 na SciELO; totalizando 273 artigos. Entretanto, devido ao elevado número de estudos incluídos nestes critérios, foi realizada nova pesquisa usando separadamente, os unitermos: docência em medicina (*teaching in medicine*) e formação de professores de medicina (*training of medical teachers*).

Nessa etapa da pesquisa, adotou-se como critério de inclusão apenas os artigos de revisão que abordavam especificamente docência e formação de professores de medicina. A etapa seguinte consistiu na leitura do título dos artigos e respectivos resumos; observando-se produções relevantes direcionadas exclusivamente ao tema em pauta, bem como as que apresentavam maior correlação com o objetivo deste estudo e pudessem contribuir para o enriquecimento do trabalho. O limite de anos não foi fator determinante para a escolha dos trabalhos publicados.

Seguindo-se esses critérios foram excluídos os artigos cujo idioma não fosse o português ou o inglês. Foram então selecionados doze artigos, dentre estes três em inglês; bem como uma dissertação e uma tese, e ainda seis livros cujas citações se encontravam nos artigos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os debates sobre a necessidade de formação docente para os professores do curso de Medicina foram influenciados pelos novos paradigmas da educação médica, visando corrigir a discrepância existente entre a universidade, as necessidades de saúde da população, os conhecimentos e habilidades relacionais necessários à humanização dos serviços de saúde e ainda, as demandas surgidas da prática profissional.

No Brasil, esses fatores foram preponderantes para que o Ministério da Saúde implementasse políticas estruturantes como a criação da SGTES, visando à formação, distribuição e gestão dos trabalhadores em saúde. Este novo cenário dos serviços de saúde ampliou a discussão e a implantação de novos cursos de medicina e de residência médica, aumentando a necessidade de professores qualificados com um perfil crítico-reflexivo, que inclui segundo Costa¹⁶, competências científica, pedagógica e relacional/afetiva.

Nos vários estudos publicados, constatou-se argumentações semelhantes entre os autores^{11,16,22,23}, os quais reconhecem como sendo relevante a formação didático-pedagógica e crítica-reflexiva do docente de medicina.

Desta maneira, a formação do docente na atualidade deve ser focada não apenas para formar médicos tecnicamente competentes, mas também preparados à prática profissional, sendo capazes de pensar criticamente, analisar os problemas da sociedade e buscar soluções para estes, adquirindo sua autonomia²³.

Em relação à necessidade de mudanças radicais nas políticas públicas de educação, estudiosos como Feuerwerker⁵ afirma que muitos docentes redescobriram o prazer de ensinar e têm demonstrado encantamento com a interdisciplinaridade, já que são desafiados a mudar conceitos e práticas para suprir as insuficiências de conhecimento percebidas nessa trajetória.

Rêgo e Batista²³ compreendem as inovações da formação do docente como ações de ensino para o aluno, sendo um marco da pedagogia atual e um dos pressupostos da metodologia PBL (*Problem Based Learning*), aprendizagem baseada em problemas.

Este método possibilita o acesso precoce dos alunos ao meio médico e aos pacientes com a finalidade de formar médicos mais humanizados e motivados ao autoaprendizado.

No contexto atual, as organizações dos serviços de saúde precisam de profissionais que tenham capacidade para articular prevenção, promoção e reabilitação.

Na avaliação de Rêgo e Batista²³, “médicos com formação geral, capazes de prestar uma atenção integral e individualizada às pessoas, que trabalhem em equipe, que saibam tomar suas decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas também o contexto em que vivem os pacientes”, recursos disponíveis e medidas mais eficazes.

Mediante esta realidade, é que a maioria dos médicos formados busca a residência médica para desenvolver sua prática médica em uma especialidade. Na percepção de estudiosos como Feuerwerker⁵, durante este período é comum o médico exercer função docente. No entanto, posteriormente, alguns profissionais acabam ocultando esta experiência de seu currículo, provavelmente por considerarem à docência uma atividade secundária; ou mesmo, sua competência técnica como definidora da competência docente.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou realizar uma revisão de literatura sobre a educação médica no país e os desafios atuais, que se constituem a formação de docentes. Na literatura pesquisada a grande maioria dos estudiosos foram unânimes em reconhecer como sendo relevante a formação didático-pedagógica e crítica-reflexiva do docente de medicina.

Verificou-se que a formação docente na atualidade deve ser centrada tanto em médicos tecnicamente competentes como também capazes de pensar criticamente, analisar os problemas e buscar soluções para estes.

Alguns estudiosos da temática indicaram em suas pesquisas a necessidade de mudanças radicais nas políticas públicas de educação médica, assim como constataram em seus achados que muitos dos professores de medicina redescobriram o prazer de ensinar, já que são desafiados a mudar conceitos e práticas para suprir as insuficiências de conhecimento percebidas em sua prática docente.

Constatou-se que para um programa de desenvolvimento docente ser eficaz e eficiente são necessárias estratégias de gestão participativa, maior investimento nos docentes, assim como programas de educação continuada, permanente focados na construção de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Para tanto, as organizações e instituições de saúde devem investir na capacitação de docentes que inclui desde formação político-pedagógica, atualização científica até capacidade gerencial: elementos estratégicos para sustentar as mudanças implementadas nas faculdades de ciências médicas.

Conclui-se que tanto importante quanto identificar as dificuldades e/ou limitações inerentes à formação de docentes, é preciso mostrar aos profissionais que este é um processo de mão dupla, ou seja, aprender e ensinar em Medicina. E, sobretudo, que a capacitação da docência faz parte de um projeto maior de formação em saúde, comprometido com a consolidação do SUS e com os profissionais relacionados as demandas sociais.

Finalizando, fica uma reflexão do grande educador Paulo Freire²⁴ “A gente se faz educador, a gente se forma, como educador, permanentemente, na prática e na reflexão sobre a prática”.

REFERÊNCIAS

1. Mamede S, Penaforte J, Schmidt H, Caprara A, Tomaz JB, Sá H, organizadores. **Aprendizagem baseada em problemas**: anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Escola de Saúde Pública/São Paulo: Editora Hucitec; 2001. p. 49-78.
2. Lampert JB. **Tendências de mudança na formação médica no Brasil**: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec/ABEM; 2002.
3. Koifman L. A teoria de currículo e a discussão do ensino médico. **Rev. Bras. Educ. Med.** 1998; 22: 37-47.
4. Costa, NMSC. Formação pedagógica de docentes de medicina. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (USP. Ribeirão Preto. Impresso), v. 18, p. 102-108, 2010.
5. Feuerwerker L. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, Londrina: Rede Única; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.
6. Mcleod PJ, Steinert Y, Meagher T, Mcleod A. *The ABCs of pedagogy for clinical teachers*. **Med Educ** 2003; 37:638-44.
7. Mclean M. *Reawarding teaching excellence. Can we measure teaching “excellence”? Who should be the judge?* **Med Teach** 2001; 23:6-11.
8. Batista NA, Batista SHSS. A docência em saúde: desafios e perspectivas. In: Batista N, Batista SH (orgs). **Docência em saúde**: temas e experiências. São Paulo (SP): Senac; 2004. p. 17-31.
9. Masetto MT. Professor universitário: um profissional da educação na atividade docente. In: Masetto, MT. **Docência na Universidade**. Campinas (SP): Papyrus; 1998. p. 9-26.
10. Jesus J, Ribeiro V. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 153-161, 2012.
11. Chazan ACS. **As dores e delícias da formação médica**. Um estudo de caso sobre a qualidade de vida dos estudantes de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

12. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara Nacional Superior. **RESOLUÇÃO nº. 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192> Acesso em: 3/jul./2016.
13. Brasil. **Programa Mais Médicos**: Lei 12.871, aprovada em 22 de outubro de 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L1287.htm> Acesso em: 20/out./2016.
14. Rebelatto JR. et al. Mestrado Profissional Associado a Residências em Saúde: Conceitos e Possibilidades. **Cadernos da ABEM**: Residência Médica, Rio de Janeiro, v. 7, p. 57-59, outubro 2011.
15. Magalhães GSG. **O Residente como Professor**: Formação Docente no Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Pernambuco. Tese (Mestrado). Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde. São Paulo, 2012. xv, 194f.
16. Costa NMSC, Cardoso CGLV, Costa DC. Concepções sobre o Bom Professor de Medicina. **Rev. bras. educ. méd**;36(4): 499-505, out.-dez. 2012. | LILACS | Portal Regional da BVS.
17. Zabalza MA. **O ensino universitário**: seu cenário e seus protagonistas. Porto Alegre: Artmed, 2004.
18. Brzezinski I. Formação de professores: a dimensão política e o compromisso social do pedagogo como professor, investigador e gestor educacional. **Revista Brasileira de Formação de Professores**, v. 1, n. n. 3, p. 51-75, dezembro 2009. ISSN 1984-5332.
19. Tardif M. Saberes profissionais dos professores e conhecimentos universitários: Elementos para uma epistemologia da prática profissional dos professores e suas consequências em relação à formação para o magistério. **Revista Brasileira de Educação**, n. 13, jan/fev/mar/abr. 2000.
20. Mohr A. A formação pedagógica dos profissionais da área da saúde. In: Brant V.(org.) **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2011. p. 53-65.
21. Hill AG, et al. *A systematic review of resident-as-teacher*. **Medical Education**, v. 43, p. 1129–1140, 2009.
22. Afonso DH, Silveira L. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da educação médica. Artigo de Revisão. **Rev. Hosp. Pedro Erneston UERJ**; vol.11|supl.1|2012. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=313> Acesso em: 17/set./2016.
23. Rêgo C, Batista SH. Desenvolvimento Docente nos Cursos de Medicina: um campo fecundo. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2012, vol.36, n.3 [citado 2016-10-19], pp.317-324.
24. Freire P. **A Educação na Cidade**. São Paulo: Cortez Editora, 1991, 144 p.