



UFG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

ELISETE REGINA RUBIN DE BORTOLI SANT'ANA

**A PRECEPTORIA EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA
HOSPITALAR NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS**

GOIÂNIA
2014

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

| | | | |
|--|--|------------------------------|------------------------|
| Autor (a): | Elisete Regina Rubin De Bortoli Sant'Ana | | |
| E-mail: | elishc@ig.com.br | | |
| Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| Vínculo empregatício do autor | Universidade Federal de Goiás | | |
| Agência de fomento: | | Sigla: | UFG |
| País: | Brasil | UF:Go | CNPJ: 01567601/0001-43 |
| Título: | A Preceptoría em Serviço de Emergência e Urgência Hospitalar na Perspectiva de Médicos | | |
| Palavras-chave: | Tutoria, Sistema Hospitalar de Emergência, Hospitais de Ensino, Médicos | | |
| Título em outra língua: | The Emergency and Urgency Hospital Tutoring in the Doctor's Perspective. | | |
| Palavras-chave em outra língua: | Tutoring, Preceptorship, Emergency, Hospital System, Teaching Hospitals, Doctors. | | |
| Área de concentração: | Concepções e Práticas na Formação dos Profissionais de Saúde | | |
| Data defesa: | (26/02/2014) | | |
| Programa de Pós-Graduação: | Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás | | |
| Orientador (a): | Profª Drª Edna Regina Silva Pereira | | |
| E-mail: | ersp13@gmail.com.br | | |
| Co-orientador (a): | | | |
| E-mail: | | | |

3. Informações de acesso ao documento:

Liberação para disponibilização?¹ total parcial

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O Sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Elisete R. Rubin De Bortoli Sant'Ana . Data: 02 / 07 / 2014
Assinatura do (a) autor (a)

¹ Em caso de restrição, esta poderá ser mantida por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Todo resumo e metade dos ficarão sempre disponibilizados.

ELISETE REGINA RUBIN DE BORTOLI SANT'ANA

**A PRECEPTORIA EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA
HOSPITALAR NA PERSPECTIVA DE MÉDICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás

Linha de Pesquisa: Concepções e Práticas na Formação dos Profissionais de Saúde

Orientadora: Prof. Dr^a Edna Regina Silva Pereira

GOIÂNIA
2014

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
GPT/BC/UFG**

S231p Sant'Ana, Elisete Regina Rubin de Bortoli.
A perceptoria em serviço de emergência e urgência hospitalar na perspectiva de médicos [manuscrito] / Elisete Regina Rubin de Bortoli Sant'Ana. - 2014.
112 f., il., figs., tabs.
Orientadora: Profª. Drª. Edna Regina Silva Pereira.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Medicina, 2014.
Inclui lista de figuras e tabelas.

1. Preceptoría – Formação profissional. 2. Educação médica – Profissionais da saúde 3. Preceptoría – Serviços de emergência e Urgência I. Título.

CDU – 616-083:37

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE**

BANCA EXAMINADORA

Aluno (a): Elisete Regina Rubin de Bortoli Sant'Ana

Orientador (a): Prof.^a Dra Edna Regina Silva Pereira

Membros:

1. Prof.^a Dra. Edna Regina Silva Pereira

2. Prof.^a Dra. Nilce Maria da Silva Campos Costa

3. Prof.^a Dra. Cacilda Pedrosa de Oliveira

Suplentes:

1. Prof.^a Dra. Alessandra Vitorino Naghettini

2. Prof.^a Dra Jaqueline Rodrigues Lima

Data: 26/02/2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

GOIÂNIA
2014

Dedico este trabalho a Deus todo poderoso e à minha família, alicerce fundamental na minha formação como cidadã, em especial a meus pais, esposo e filhas, pela atenção e carinho dedicados a mim durante toda a minha caminhada.

Dedico também à Dra Edna Regina Silva Pereira, pela dedicação, entusiasmo, atenção, competência e disponibilidade com que sempre me recebeu, por aceitar essa orientação, pelas sugestões feitas e confiança em mim depositada. Muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, o criador de tudo e todos, que em nenhum momento me deixou fraquejar.

À minha orientadora, Dra. Edna Regina Silva Pereira, pessoa tão especial, estudiosa, compreensiva, pelo pronto atendimento nas orientações, com total dedicação. Muito obrigada por ter acreditado em mim.

À Dra Nilce Campos Costa, coordenadora do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da UFG, pelo profissionalismo e dedicação.

À Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila, Dra. Cleusa Alves Martins, Dra. Alessandra Vitorino Naghettini, Dra. Jaqueline Rodrigues Lima, Dra. Vitalina Souza Barbosa, Dra. Maria de Fátima Nunes e Dra. Cacilda Pedrosa de Oliveira, pelas sugestões feitas durante este estudo.

À Ms. Maria Luiza de Faria Paiva, por ter sido uma grande colaboradora para toda a turma e pela ajuda, amizade e companheirismo.

Aos professores, membros das bancas examinadoras, que avaliaram e contribuíram com novas ideias ao término deste trabalho.

A todos os professores do mestrado, pela dedicação, compromisso e contribuição durante esta caminhada.

Aos meus colegas de curso, que sempre colaboraram compartilhando suas experiências e estimulando minha participação em eventos científicos.

Aos médicos e enfermeiros do Serviço de Emergência e Urgência do Hospital das Clínicas da UFG, que participaram e contribuíram para esta pesquisa. Sem a disponibilidade e generosidade desses profissionais, este trabalho não existiria. A todos o meu agradecimento sincero.

Ao meu esposo, Enock Sant'Ana Júnior, por ter compartilhado das minhas lutas diárias, ser um *expert* na informática, pela cumplicidade e apoio nos momentos mais difíceis.

Às minhas filhas, Giordana e Gisela, meus amores da minha vida, com minhas desculpas pela ausência. Irei recompensá-las.

Aos meus pais, José Antônio e Bernadete, com quem aprendi a não desistir das coisas, os valores morais e éticos, que estão presentes até hoje em mim.

Aos meus irmãos e irmãs, que mesmo estando longe de mim apostaram e diziam: “Não desista”.

A todos os demais membros da minha família e amigos, pelo estímulo e apoio.

À Universidade Federal de Goiás e a quem a representa, por ter contribuído na realização do meu sonho.

A todas as diretorias do Hospital das Clínicas, pelo apoio durante a realização deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho, pela compreensão.

Aos servidores do Hospital das Clínicas da UFG, da Faculdade de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Nutrição e Farmácia, que me auxiliaram com dedicação e transparência.

Enfim, agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para o sucesso dessa jornada.

Ensinar não é transferir conhecimentos, nem formar, é a ação pela qual um sujeito dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos, apesar das diferenças que os conotam, não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina aprende ao ensinar, e quem aprende ensina ao aprender.

Paulo Freire

Como Platão o disse há muito tempo: para ensinar é preciso o Eros. O Eros não se resume apenas no desejo de conhecer e transmitir, ou ao mero prazer de ensinar, comunicar ou dar: é também o amor por aquilo que se diz e do que se pensa ser verdadeiro. É o amor que introduz a profissão pedagógica, a verdadeira missão do educador.

Edgard Morin

LISTAS DE FIGURAS GRÁFICOS E QUADROS

TABELAS

Tabela 01: Caracterização sócio demográfica dos preceptores participantes47

GRÁFICOS

Gráfico 01: Tempo de trabalho dedicado à Preceptoría no SEUA48

Gráfico 02: Capacitação pedagógica dos preceptores (N=15)48

Gráfico 03: Instituição em que ministrou a capacitação49

Gráfico 04: Remuneração para o exercício da preceptoría49

QUADROS

Quadro 01: Categorias gerais e subcategorias emergentes das falas dos médicos participantes50

ABREVIATURAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica
APRENDER SUS – Política de Educação para o Sistema Único de Saúde
ATLAS-TI – Software ATLAS-TI 7.0
ATLS – Advanced Trauma Life Support
BMF – Buco-Maxilo-Facial
CAIS – Centros de Assistência Integral à Saúde
CEROF – Centro de Referência em Oftalmologia
CEROTO – Centro de Referência em Otorrinolaringologia
CFM – Conselho Federal de Medicina
CIAMS – Centros Integrados de Assistência Médico-Sanitário
CN – Constituição Nacional
CNS – Comissão Nacional da Saúde
COREME – Comissão de Residência Médica
COREMU – Comissão de Residência Multiprofissional
CREMESP – Conselho Regional de Medicina de São Paulo
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DCPPP – Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Preceptoria
EAD – Ensino a Distância
EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FUNDAH – Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas
HC – Hospital das Clínicas
HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HUF – Hospitais Universitários Federais
IDA – Integração Docente Assistencial
IFES – Instituição Federal de Ensino Superior
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MEPES – Mestrado Profissional Ensino na Saúde
MS – Ministério da Saúde

OMP – Preceptorial em Um Minuto

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

P. S. – Pronto-Socorro

P. S. Adulto – Pronto-Socorro Adulto

PBL – Aprendizagem Baseada em Problemas

PET-SAÚDE-- Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PPCTAE – Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação

PROMED – Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina

PRÓ-RESIDÊNCIA – Programa de Apoio à Formação de Especialistas em Áreas Estratégicas

PRMS – Programas de Residência Médica e Multiprofissional

PROADI-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS

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

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

QUALISUS-- Política de Qualificação de Atenção à Saúde

REHUF – Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SERUPE – Serviço de Emergência e Urgência Pediátrica

SEU – Serviço de Emergência e Urgência

SEUA – Serviço de Emergência e Urgência Adulto

SEUA do HC/UFG – Serviço de Emergência e Urgência Adulto do Hospital das Clínicas Da Universidade Federal de Goiás

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

SIAT – Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TLS for Nurses – Trauma Life Support Courses for Nurses

UFG – Universidade Federal de Goiás

RESUMO

A formação de recursos humanos na área da saúde tem sofrido ao longo dos anos uma série de reestruturações com o objetivo de suprir as carências relacionadas à resolução dos problemas de saúde da população. Um dos desafios atuais é a formação de profissionais da saúde competentes para atuarem em emergência e urgência, daí a importância dos hospitais de ensino que recebem anualmente grande número de estudantes neste cenário. Neste contexto, optou-se por desenvolver um estudo de caso com abordagem qualitativa com o objetivo de analisar a preceptoria na perspectiva de quinze médicos em um serviço de emergência e urgência hospitalar de uma Instituição Federal de Ensino Superior em Goiânia, Goiás. Os dados foram coletados de janeiro a março de 2013, por meio de questionário fechado e de entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro com perguntas abertas. Para a análise dos dados obtidos nas entrevistas foi utilizada a técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin (2009). A partir da análise dos dados, constatou-se que os médicos consideram a preceptoria fundamental para o processo de ensino-aprendizagem na prática e referiram que ser preceptor significa transmitir conhecimentos e se responsabilizar pela formação de futuros profissionais. Foram descritas inúmeras atividades de preceptoria, sendo a discussão de casos clínicos e cirúrgicos a mais citada. Relataram também que a preceptoria contribui para o preceptor continuar estudando e aprendendo e também para o estudante na formação de profissionais qualificados. Destacaram, como facilidades, o interesse e a boa formação teórica do estudante e o bom relacionamento com a equipe multiprofissional. Como dificuldades, assinalaram a falta de infraestrutura e de tempo, a pouca comunicação entre docentes, preceptores e estudantes, a dupla atividade de assistência e docência durante o turno de trabalho e a ausência de capacitação para a preceptoria, com consequências negativas e prejuízo na formação do estudante. Conclui-se que na perspectiva de médicos a preceptoria contribui na formação dos futuros profissionais. Entretanto, muitas dificuldades são enfrentadas no exercício desta função. Sugeriram melhorias na infraestrutura e nas condições de trabalho, em especial mais tempo para exercer a função e capacitação. Verificou-se que há necessidade de melhorias na infraestrutura do serviço de emergência e urgência, bem como de elaboração de projetos para capacitação pedagógica dos preceptores em articulação com as instituições formadoras de ensino superior e o serviço de saúde.

Palavras-Chave: Tutoria, Sistema Hospitalar de Emergência, Hospitais de Ensino, Médicos.

ABSTRACT

The human resources formation in the health care area has been suffering from a series of reconstructions with the purpose of supplying the failures related to solving the population health problems. One of the current challenges is the competent formation of the health care staff, in a way that they are able to act in emergency and urgency situations. And in this scenario, the training hospitals are of utmost importance as they receive a great number of students to be trained. In this context, there was an option to develop a case study with a qualitative approach, with the objective of analyzing the tutorship in the perspective of fifteen doctors who worked in and emergency and urgency health care system from a Federal Teaching Institution in Goiânia-Goiás. The data were collected from January 2013 to March 2013, through very close questionnaires and also semi-structured interviews, followed by a guide with open questions. For the analysis of the data collected in the interviews, Bardin (2009) technique of content analysis was used. From the data analysis, it was established that doctors consider tutoring a key element in the learning process in a practical way and it was also established that being a tutor means provide students the knowledge but also be responsible for their future formation. There were many tutoring activities mentioned, most of them related to clinic and surgery cases. Another outcome was that the tutoring enables the tutor to continue developing his or her studies, learning through their pupils who also can be benefited in becoming well-trained professionals. The interest, a good formation in theories, and a good rapport between the staff was also highlighted as a key to help achieve the goal. On the other hand, the lack of structure, the little time awarded to procedures, the teachers' lack of communication among themselves, tutors and students, the double-shift involving teaching and preceptor and the lack of tutor training were reported as negative points that hinder the process. In conclusion, in the doctors' point of view, the tutoring contributes in the formation of the future professional. However, there are many difficulties facing this area. Some structural changes have been developed in order to make the process more efficient such as applying more time. But, there is also a great need of improvement in the emergency and urgency areas, and there is also a search for projects focused on training tutors allied to the Institutions for Graduation Courses related to the health care area.

Keywords: Tutoring, Preceptorship, Emergency Hospital System, Teaching Hospitals, Doctors.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 16 |
| 2 OBJETIVOS..... | 20 |
| 2.1 Geral..... | 20 |
| 2.2 Específicos | 20 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO..... | 20 |
| 3.1 Formação dos profissionais de saúde | 20 |
| 3.2 O papel da preceptoria na formação dos profissionais de saúde | 26 |
| 3.3 A preceptoria no Serviço de Emergência e Urgência | 32 |
| 4 METODOLOGIA | 38 |
| 4.1 Tipo de estudo..... | 38 |
| 4.2 Campo de estudo | 38 |
| 4.3 Sujeitos do estudo | 40 |
| 4.4 Instrumentos de coleta de dados | 41 |
| 4.5 Análise dos dados | 43 |
| 4.6 Aspectos éticos | 44 |
| 5 RESULTADOS..... | 46 |
| 5.1 Caracterização sócio demográfica | 46 |
| 5.2 Significados de ser preceptor | 50 |
| 5.3 Atividades de preceptoria | 51 |
| 5.4 Contribuições da preceptoria para o preceptor | 52 |
| 5.5 Facilidades e dificuldades/limitações para o exercício da preceptoria | 53 |
| 5.6 Causas de satisfação ou insatisfação profissional | 56 |
| 5.7 Influências da preceptoria para o discente | 57 |
| 5.8 Sugestões para a melhoria da preceptoria..... | 58 |
| 6 DISCUSSÃO | 62 |
| 6.1 Caracterização sócio demográfica | 62 |
| 6.2 Significados de ser preceptor | 63 |
| 6.3 Atividades de preceptoria | 64 |
| 6.4 Contribuições da preceptoria para o preceptor | 65 |
| 6.5 Facilidades e dificuldades/limitações para o exercício da preceptoria | 66 |
| 6.6 Causas de satisfação ou insatisfação profissional | 70 |
| 6.7 Influências da preceptoria para o discente | 71 |
| 6.8 Sugestões para a melhoria da preceptoria..... | 74 |
| 7 CONCLUSÕES | 76 |
| 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 78 |

| | |
|--|------------|
| 9 PRODUTO TÉCNICO | 81 |
| REFERÊNCIAS..... | 85 |
| APÊNDICES | 96 |
| APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 97 |
| APÊNDICE B: Caracterização sócio demográfica dos profissionais investigados.. | 100 |
| APÊNDICE C: Roteiro para entrevista semiestruturada..... | 101 |
| APÊNDICE D: Transcrição de uma entrevista: entrevista de um médico | 102 |
| APÊNDICE E: Exemplos de citações naturais dos profissionais médicos que contribuíram na elaboração das categorias e subcategorias (Tabelas de Saturação).. | 104 |
| ANEXOS | 105 |
| ANEXO A: Autorização do Comitê de Ética..... | 106 |
| ANEXO B: Normas para publicação de artigo..... | 107 |

1 INTRODUÇÃO

A formação de profissionais da área da saúde tem sofrido uma série de reestruturações com objetivo de suprir as carências relacionadas principalmente à capacidade efetiva de resolução dos problemas de saúde da população brasileira (BRASIL, 2001b).

O ensino para formar recursos humanos na área da saúde é considerado relevante e prioridade nas ações do governo federal. A importância da integração do conhecimento teórico e prático tem sido amplamente abordada e enfatizada na educação dos profissionais sobre as necessidades reais de saúde. Os currículos dos cursos de medicina buscam romper com o modelo tradicional de formação, buscando a transformação da prática fragmentada. Para isso, em vez de privilegiar a doença e a reabilitação, privilegia o cuidado integral, ou seja, a essência da definição de saúde, o que está de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (BRASIL, 2001b).

Desde 2003, a implementação da Política de Educação para o Sistema Único de Saúde (SUS) (Aprender SUS) vem contribuindo com a construção de aproximações entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, por meio da Educação Permanente em Saúde e do processo de certificação dos Hospitais de Ensino. Trata-se de política que é considerada um passo importante na construção de um novo modelo de formação, no qual a cooperação entre o sistema de saúde e as instituições de ensino superior é fundamental. O referencial norteador das estratégias para a educação em saúde está pautado na integralidade como eixo na mudança da formação da graduação e desencadeamento da sistematização de práticas inovadoras, por meio da ampliação do pensamento crítico e reflexivo sobre o processo de cuidar da saúde (BRASIL, 2004a).

Os Ministérios da Saúde e da Educação lançaram o Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (PROMED) (BRASIL, 2001a), que visava adequar a formação e o currículo dos médicos à realidade atual do SUS e do mercado de trabalho brasileiro. Este programa ofereceu apoio técnico e financeiro às escolas médicas, na efetivação das mudanças necessárias para um trabalho articulado entre os serviços de saúde, à adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e à formação geral, crítica e humanista (FEUERWERKER, 2002).

Entre as ações destaca-se também, em 2005, a implantação do Programa

Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE – (BRASIL, 2005d) e, em, 2008, do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde – PET-SAÚDE (BRASIL, 2008a).

Um conceito-chave do modelo pedagógico consequente é o de aprender fazendo, que pressupõe a inversão da clássica sequência teoria-prática na produção do conhecimento, assumindo o que acontece de forma dinâmica por intermédio da ação-reflexão-ação (BRASIL, 2005d).

A preceptoria constitui importante atividade para a formação do futuro profissional, facilitando a sua transição entre aluno de curso de graduação e sua prática profissional. Portanto, a função do preceptor destaca-se e os seus atributos devem ser motivo de discussão e reflexão no sentido de atender às necessidades e anseios dos internos e residentes (SILVA, 2008).

Os hospitais universitários têm papel fundamental na formação e capacitação de todos os profissionais na área da saúde, e sua concepção caracteriza-se, tradicionalmente, por ser a instituição que faz um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde (de uma faculdade de medicina, por exemplo), pois realiza assistência, ensino, pesquisa e extensão, atrai alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde e exerce um papel político importante na comunidade em que está inserido. Estes hospitais destacam-se pelo atendimento de maior complexidade, formação dos profissionais da saúde e produção de conhecimento. Sua autonomia mantém-se com funções definidas nos sistemas de saúde (MÉDICI, 2001).

Nas instituições formadoras na área da saúde, o estágio curricular supervisionado, na maioria das vezes, é insubstituível para a formação. Daí a importância de se entender o exercício da preceptoria, reconhecendo o papel do preceptor como mediador do processo ensino-aprendizagem e nas inter-relações entre estudantes, docentes, usuários, gestores e equipe multiprofissional (WUILLAME, 2000).

Na maioria das unidades de saúde a estrutura física é inadequada para as atividades de ensino e ainda há atitudes indiferentes em relação à presença dos estudantes. Os preceptores não se sentem estimulados e capacitados ao exercício da preceptoria, o que dificulta a inserção dos estudantes na rede. Desde o início do curso os discentes se deparam com pacientes e a realidade do SUS. Contudo, as muitas barreiras enfrentadas os têm levado a negarem o processo de reforma curricular (BARROS, 2008).

A capacitação de médicos para as atividades de preceptorias realizadas durante a jornada cotidiana de trabalho nas instituições de ensino, com atendimento às emergências e urgências, continua sendo um grande desafio. Com o aumento do número de acidentes, da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial que ocorre na sociedade contemporânea brasileira, a grande demanda tem sobrecarregado os serviços disponibilizados para o recebimento da população com agravos e necessitados de assistência à saúde (BRASIL, 2002a).

Os preceptores precisam se manter em constante formação profissional, para que possam tanto promover adequados ambientes de ensino e aprendizagem quanto garantir a manutenção de sua autonomia. Refletir sobre as ações pedagógicas exigidas pela contemporaneidade permite a inovação de práticas pedagógicas, assim como a reinvenção de convivências profissionais com companheiros e da estruturação do trabalho no interior da instituição (PERRENOUD, 2002).

A preceptorias é uma atividade executada pelos médicos no Serviço de Emergência e Urgência Adulto (SEUA) do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG), instituição de ensino que recebe anualmente profissionais de saúde dos cursos de graduação e pós-graduação da UFG, incluindo a Faculdade de Medicina e outras instituições conveniadas.

Como enfermeira e preceptora do Hospital das Clínicas da UFG, participo da supervisão dos estágios curriculares obrigatórios no serviço de terapia renal substitutiva e me deparo com os desafios encontrados pelos profissionais para promover a assistência de qualidade aos usuários e fazer a orientação do ensino-aprendizagem aos estudantes, durante o processo de formação nos diversos cursos superiores na área da saúde.

Portanto, descrever a preceptorias do SEUA do maior hospital público de ensino de Goiânia, na perspectiva dos médicos, permitirá compreender melhor quem são e o que pensam estes profissionais a respeito do significado de ser preceptor, das atividades realizadas, das facilidades e dificuldades encontradas para o exercício desta função, assim como as contribuições e sugestões para a melhoria da preceptorias neste serviço.

Com os resultados deste estudo espera-se poder contribuir para a construção de um ambiente que favoreça a efetivação das estratégias de ensino-aprendizagem nessas situações e, conseqüentemente, prevenir os possíveis prejuízos para o processo de formação dos estudantes que necessitam deste tipo de orientação.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a preceptoria em um Serviço de Emergência e Urgência Hospitalar Adulto na perspectiva dos médicos.

2.2 ESPECÍFICOS

- Conhecer o significado de ser preceptor e da função da preceptoria;
- Descrever as atividades desenvolvidas pela preceptoria no serviço de emergência e urgência;
- Identificar a contribuição da preceptoria para o preceptor e para o discente;
- Identificar as facilidades e dificuldades para o exercício da preceptoria;
- Descrever as sugestões dos profissionais para o exercício e aperfeiçoamento da preceptoria.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A Constituição brasileira de 1988 colocou a “saúde como direito de todos e dever do estado”, estabeleceu princípios e diretrizes para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e definiu como uma das competências do sistema “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988).

Em seguida, em 1990, a Lei nº 8.080, dispendo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, em seu Capítulo I, art. 6º, incluiu a ordenação da formação de recursos humanos como campo de atuação do SUS brasileiro e, no Capítulo IV, a atribuição da participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (BRASIL, 1990).

Segundo Lampert (2000), essa nova legislação obrigou a realização de mudanças estruturais nos cursos de graduação de medicina, no sentido da mobilização de professores para uma atuação mais adequada no processo de formação de profissionais, diante das necessidades reais de saúde da população brasileira e na tentativa de superar as pressões exercidas pelo mercado de trabalho.

No que incumbe à capacitação e formação profissional, o Ministério da Educação aprovou, em 2001, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação na área da saúde (DCN). Estabeleceu, assim, as competências e habilidades gerais a serem desenvolvidas durante o processo de formação do médico, com foco na atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001b).

Ceccim e Feuerwerker (2004a), em seus estudos, descreveram uma nova concepção para a formação em saúde, abrangendo várias dimensões do ser humano, os aspectos subjetivos, as habilidades técnicas e de pensamento, o conhecimento do SUS, a organização do trabalho. A educação permanente é tomada como princípio organizador e transformador do processo educativo, por meio da análise, da reflexão e da avaliação das práticas cotidianas.

Após a publicação das DCN em 2001, o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) têm lançado políticas públicas indutoras como o PROMED (BRASIL, 2001a), para a área médica, e o PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2007a), incluindo

outras profissões da saúde, com o intuito de acelerar os processos de mudança. Esses programas de incentivos às mudanças curriculares têm como base as DCN, em especial no que se refere a orientações sobre a formação dos profissionais da saúde para qualificar a atenção na rede pública de saúde (BRASIL, 2007a).

O PRÓ-SAÚDE tem o papel indutor de transformação do ensino de saúde no Brasil, a partir da criação de modelos de reorientação da formação de profissionais da saúde. Seu objetivo é:

[...] a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população. (BRASIL, 2007a, p.13).

O PET-SAÚDE tem como objetivo avançar na consolidação das mudanças que vêm sendo implementadas pelo PRÓ-SAÚDE, favorecendo o processo de integração ensino-serviço, na medida em que reconhece e valoriza o papel dos profissionais do serviço, respaldado pelo tutor acadêmico (professor universitário), na orientação do processo de aprendizagem dos estudantes. Assim, cria-se a figura do preceptor (profissional do serviço de saúde), profissional que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação (BOTTI; REGO, 2008).

A Política Nacional de Humanização (PNH) propõe que novas atitudes e comportamentos por parte dos trabalhadores e gestores sejam implementados para que os estudantes sejam aderidos ao mundo do trabalho em todas as instâncias das ações do SUS. Os docentes, os profissionais do serviço, os gestores e os profissionais em formação estão inseridos neste contexto e precisam estar preparados ao acolhimento dos estudantes (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2009a).

A equipe de profissionais que atuam nestes serviços de saúde é multiprofissional e o que mais se destaca no atendimento às urgências e emergências são os médicos, por realizarem atividades indispensáveis e ou essenciais ao cuidado de pacientes graves (BRASIL, 2002a).

Os profissionais dos serviços de saúde recebem a cada ano os estudantes das instituições de ensino para os estágios curriculares e é neste contexto que surge a figura do preceptor, que é o profissional com experiência e considerado o responsável por estes estágios (CARVALHO; FAGUNDES, 2008).

Na maioria dos serviços adota-se a definição de preceptor como o profissio-

nal lotado nas unidades de saúde cujas atribuições principais são as responsabilidades assistenciais e a orientação e supervisão de estudantes em estágios curriculares supervisionados desenvolvidos na unidade. O preceptor é o mediador do processo ensino-aprendizagem a partir da prática. Isso repercute na necessidade de este profissional ter uma ampla compreensão das especificidades que caracterizam a profissão, das transformações do mundo do trabalho e do exercício profissional (WUILLAME, 2000).

A palavra preceptoria é utilizada com diferentes significados, mas geralmente significa o acompanhamento e a orientação profissional durante o período de educação em serviço (CECCIM; FERLA, 2003). No *Dicionário Houaiss* (2001, p. 20208), por exemplo, um de seus significados é “prebenda concedida a lentes ou a magistrados”, e a atividade desempenhada pelo preceptor, preceptorado.

A palavra preceptor vem do latim *praecipio*, que significa “mandar com império aos que lhe são inferiores”. Era aplicada aos mestres das ordens militares, mas, desde o século XVI, passou a ser usada para designar aquele que dá preceitos ou instruções, educador, mentor, instrutor (BOTTI; REGO, 2008).

A Resolução do Conselho Nacional de Residência Médica nº 005/2004, de 8 de junho de 2004, estabelece:

Art. 2º. O preceptor/tutor terá a atribuição de orientar diretamente os médicos residentes do programa de treinamento.

§ 1º Haverá um preceptor/tutor para cada programa de Residência Médica.

§ 2º A carga horária do preceptor/tutor será de 40 (quarenta) horas semanais, em tempo integral, com folga de um dia, preferencialmente aos domingos. (BRASIL, 2004b, p.1).

O Ministério da Saúde concebe a preceptoria da seguinte maneira:

Função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de aperfeiçoamento ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização ou de residência, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, respectivamente em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão. (BRASIL, 2005a, p.3).

O Hospital das Clínicas da UFG oferece campo de estágio em todos os períodos, para os estudantes dos cursos na área da saúde da Universidade Federal de

Goiás, nos níveis de graduação e pós-graduação. Também mantém convênios com outras escolas de nível médio e superior (UFG, s.d.).

A Lei do estágio de nº 11.788, de 25 de setembro de 2008, no Capítulo I, Art. 1º, define:

Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos. (BRASIL, 2008b, p.1).

A residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Está disponível no Brasil nas Instituições de Ensino Superior de Saúde – pública, filantrópica ou privada –, sob orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, cumprindo integralmente os objetivos propostos, dentro de uma determinada especialidade, conferindo ao médico residente o título de especialista (BRASIL, 1981).

A Faculdade de Medicina da UFG oferece residência em 33 especialidades médicas, sob a supervisão da Comissão de Residência Médica (COREME), e o SEUA do HC é campo de estágio para a maioria dos médicos em formação e em residência médica. Atualmente o Ministério da Saúde expandiu as bolsas de estudos para especialistas em medicina e de outras áreas da saúde (UFG, s.d.; BRASIL, 2013b).

A Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências.

Art. 1º - A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. (BRASIL, 1981, p. 1).

[...]

Art. 4º - As certificações de especialidades médicas concedidas pelos Programas de Residência Médica ou pelas associações médicas submetem-se às necessidades do SUS. (BRASIL, 1981, p. 01).

No SEUA, o trabalho executado pelos profissionais de saúde envolve a presença de uma equipe multiprofissional. Consiste numa modalidade de trabalho cole-

tivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Mediante a comunicação e mediação, essas áreas se articulam e cooperam entre si para a realização das ações multiprofissionais (PEDUZZI, 1998).

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, são orientadas pelos princípios e pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais. Elas abrangem treze profissões da área da saúde, conforme a Resolução CNS nº 287/1998 (BRASIL, 2005c).

O Hospital das Clínicas da UFG oferece campo de estágio para a Residência Multiprofissional desde o ano de 2010. Atualmente recebe residentes de oito profissões da área da saúde. Naquele ano iniciou as atividades na especialidade de urgência e emergência. No ano de 2011 estendeu para a especialidade de saúde materno-infantil, e seu projeto pedagógico, sob o regimento interno da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), encontra-se na segunda revisão. Os serviços que oferecem vagas para o estágio supervisionado disponibilizam também os preceptores, que são os profissionais de saúde de nível superior, ligados àquele serviço, com experiência e que aceitam o exercício da preceptoria (UFG, s.d.).

A Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012 – dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde.

Art. 3º. Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde constituem modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinado às profissões da saúde, excetuada a médica, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, duração mínima de 02 (dois) anos e em regime de dedicação exclusiva.

§ 1º O disposto no *caput* deste artigo abrange as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. (BRASIL, 2012a, p.2).

A formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. A educação universitária em saúde deve ser reformulada, os estudantes devem fazer parte desse processo, de acordo com as exigências sociais de cada indivíduo de forma holística, respeitando-o na tomada de decisão e promovendo a saúde e qualidade de vida

como processo educativo determinado pela Constituição brasileira (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Nos últimos tempos, o Governo Federal tem lançado muitos programas de incentivo às mudanças na formação dos médicos brasileiros e demais profissionais da saúde. Por exemplo, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) objetiva a contratação de médicos recém-formados para trabalhar em municípios vulneráveis e nas periferias das cidades grandes. Em troca, o médico que trabalhasse pelo PROVAB por mais de um ano teria direito a 10% de bônus nas provas de residência médica. Os médicos terão sua atuação supervisionada por tutores e preceptores de universidades e hospitais de ensino credenciados pelo MEC (BRASIL, 2012b).

O Mais Médicos, um programa lançado pelo Governo Federal no ano de 2013, visa suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil. Com esse programa, pretende-se levar aproximadamente 10 mil médicos para as áreas onde faltam estes profissionais, na tentativa de responder ao movimento social dos últimos tempos e melhorar a formação direcionada para as necessidades do SUS (CAMPOS, 2013).

A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, no Capítulo III, sobre a formação médica no Brasil, diz o seguinte:

Art. 4º O funcionamento dos cursos de Medicina é sujeito à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE).

§ 1º. Ao menos 30% (trinta por cento) da carga horária do internato médico na graduação serão desenvolvidos na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de 2 (dois) anos de internato, a ser disciplinado nas diretrizes curriculares nacionais. (BRASIL, 2013a, p. 5).

O Pró-Residência – Programa de Apoio à Formação de Especialistas em Áreas Estratégicas – possui como objetivo apoiar a formação de especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS, por meio da expansão de Programas de Residência Médica e Multiprofissionais (PRMS). A partir de março de 2014, serão 3.613 novas vagas para médicos e 1.086 para treze outras profissões da área da saúde e física médica, especialmente enfermagem. O Pró-Residência investirá na formação de preceptores e novos docentes para a qualificação de profissionais na área da saúde, com parcerias de hospitais de excelência, através do Programa de

Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) e Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), também com bolsas para o mestrado, doutorado, pós-doutorado e especialização em docência (BRASIL, 2013b).

O processo de cuidar da saúde da população e promover o ensino envolve uma rede complexa de aspectos estruturais, organizacionais, legais e de recursos humanos, para oferecer atendimento integral ao ser humano e ensino-aprendizagem de qualidade aos estudantes.

3.2 O PAPEL DA PRECEPTORIA NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A formação dos profissionais da área da saúde faz parte das políticas públicas brasileiras há décadas e os estágios supervisionados são componentes curriculares obrigatórios, cujo processo de ensino-aprendizagem fundamenta-se na experiência prática do exercício profissional (BRASIL, 1982).

Os estágios são definidos nos termos do Art. 2º do Decreto nº 87.497 de 18 de agosto de 1982:

Art. 2º Considera-se estágio curricular, para os efeitos deste Decreto, as atividades de aprendizagem social, profissional e cultural, proporcionadas ao estudante pela participação em situações reais de vida e trabalho de seu meio, sendo realizada na comunidade em geral ou junto a pessoas jurídicas de direito público ou privado, sob responsabilidade e coordenação da instituição de ensino. (BRASIL, 1982, p. 1).

Houve um consenso em nível mundial em formar profissionais da saúde competentes e engajados com a realidade, de acordo com as características epidemiológicas sociais. O movimento Integração Docente-Assistencial (IDA), promovido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), foi o mais significativo, pois incentivava uma vinculação entre as instituições de ensino e as instituições prestadoras de serviços na área da saúde para melhorar a atenção à saúde e para a produção do conhecimento e treinamento dos profissionais (KISIL, 1985).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delimitou os fundamentos e os alicerces do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, es-

taduais e municipais. É nestas três esferas de governo, principalmente, que o ensino na saúde se concretiza, incluindo aí, com fundamental importância para a nação, a formação superior. As propostas desta conferência foram contempladas no texto da constituição brasileira (BRASIL, 1986).

Em 1988, como marco de redemocratização do país, foi aprovada a nova Constituição Federal. Uma de suas determinações era o estabelecimento de bases para a edição da Lei nº 8080/90, que instituía o SUS. Ela foi chamada de Lei Orgânica da Saúde (LOS), tendo sido posteriormente complementada pela Lei nº 8142/90 (BRASIL, 1990).

A reforma sanitária culminou com o surgimento do SUS, que nasceu da sociedade civil organizada. O sistema de saúde tem sido implementado a partir de normas operacionais e portarias ministeriais direcionadas para as três esferas do governo. Aos respectivos conselhos de saúde cabe gerenciar os recursos. Os gestores têm autonomia para a aplicação de normas técnicas, medidas e estratégias que visam à implantação e implementação das suas diretrizes de universalidade, equidade de acesso e da integralidade da assistência (MERHY, 2004).

Em 2001, como resultado de amplas discussões, o Conselho Nacional de Educação institui as DCN para os Cursos de Graduação nas áreas da Saúde, que propunham maior autonomia das escolas na redefinição das bases de estruturação dos seus projetos político-pedagógicos. Para isso, as escolas buscaram mais amplamente a participação de atores de diversos segmentos da saúde e da educação na sua formulação (BRASIL, 2004c).

Essa recomendação das DCN busca responder às determinações da Constituição Nacional (CN) e da Lei Orgânica de Saúde (LOS), de que o SUS deve contribuir para a organização de um sistema de formação em todos os níveis de ensino e, ainda, para a organização dos serviços públicos que integram o SUS como campos de prática para o ensino e a pesquisa. Desse modo, cabe ao setor saúde a responsabilidade de contribuir para que a educação vincule-se ao mundo do trabalho e às práticas sociais em saúde (BRASIL, 2004c).

Em 2004, por meio da Portaria nº 198, foi estabelecida a educação permanente em saúde como uma das ações entre docência e atenção à saúde, entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. (BRASIL, 2004c, p. 5).

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

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. A implantação desta Política implica [...] trabalho intersetorial capaz de articular desenvolvimento individual e institucional, ações e serviços e gestão setorial, e atenção à saúde e controle social. (BRASIL, 2007b, p.8).

Os profissionais de saúde envolvidos na preceptoria devem receber a capacitação didático-pedagógica, estimulando o compromisso, a conscientização, a sensibilidade, o vínculo e a permanência nesta atividade (TAVEIRA, 2007).

Atualmente existem poucos estudos dirigidos para a formação de preceptores que atendam os alunos conforme as necessidades das DCN. Muitos ficam desamparados nos cenários de prática, sem apoio pedagógico suficiente para os afazeres em saúde pública que são preconizados nas diretrizes do SUS brasileiro. O preceptor tem a função de mediador nos vários níveis de conhecimento e na obtenção do estabelecimento de relações pedagógicas para a aprendizagem prática do aluno, o “ser médico” (MISSAKA; RIBEIRO, 2008, p. 45).

A ausência de preceptores nos campos de estágio é um dos fatores importantes na redução da qualidade do ensino médico brasileiro, observado por vários movimentos reivindicatórios dos médicos residentes. Ensinar não é apenas repassar o conhecimento, mas continuar ao lado e tirar as dúvidas do discente. Os avanços tecnológicos não têm sentido sem a competência da tomada de decisão correta e conjunta (CHEMELLO; MANFRÓI; MACHADO, 2009).

Os conhecimentos técnico-científicos não são suficientes para o exercício da atividade de preceptoria, uma vez que esta exige conhecimentos didático-

pedagógicos para orientação e supervisão do treinamento prático dos estudantes no campo de estágio (MISSAKA; BRANT, 2010).

A qualificação para os preceptores é necessária e urgente para melhorar a qualidade no atendimento, o aprendizado dos alunos e viabilizar o internato na rede básica (MORAES; PEREIRA, 2007).

Pereira (2007) acredita que o “preceptor” do serviço necessita de uma qualificação mais focada, para que todo o seu potencial seja desenvolvido. Isso vem ao encontro da percepção dos Ministérios da Saúde e da Educação, com a criação do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET Saúde), objetivando que o “professor tutor” oriundo da Universidade ofereça capacitação pedagógica ao profissional do serviço, criando, para isso, a figura do “preceptor” do serviço.

Vale e Pina (2007) afirmam que os preceptores devem incentivar a participação dos acadêmicos em pesquisas, em busca da atualização constante e educação continuada.

Brant (2008), em estudo realizado sobre a formação pedagógica de preceptores do internato médico, identificou que as qualidades requeridas para o exercício da preceptoria são o compromisso com aprendizagem do aluno (86,7%), o reconhecimento do papel do preceptor como um formador (66,7%) e a capacidade de incentivar o aluno para sua aprendizagem (66,7%).

Sabe-se que a preceptoria é uma atividade complexa. Ela exige dedicação, conhecimento, iniciativa e mediação para ajudar o estudante a construir sua prática profissional a partir do que vivencia. Entretanto, a maioria dos preceptores não participa do planejamento das atividades de estágio, nem da avaliação dos estudantes, assim como desconhece o seu papel. Não é exigida dele a formação didático-pedagógica, apenas sua competência e experiência profissional (WUILLAME, 2000).

O papel mediador do preceptor, na construção e valorização das aprendizagens reconstruídas na prática, é fundamental na formação dos profissionais de saúde. Isso porque, para a correta tomada de decisão, o preceptor precisa de inúmeros saberes, como atenção à saúde, aprendizagem técnico-científicos, educação permanente, liderança, administração, gerenciamento, profissionalismo, ética e comunicação (CARVALHO; FAGUNDES, 2008).

O saber que se faz com a experiência e vivência diária se atribui ao modo como ocorrem os acontecimentos ao longo da sua vida acadêmica. A materialização

da educação dá-se através da relação entre os diversos saberes, dando sentido para a formação profissional (CARVALHO; FAGUNDES, 2008).

A integração entre todos os ciclos de aprendizagem favorece a mudança do atual modelo, para formar profissionais mais críticos, generalistas, comprometidos com a prática técnica e ética. Dessa forma é possível suprir as reais necessidades de saúde da população brasileira, bem como trabalhar na interdisciplinaridade e com a equipe multiprofissional. Isso exige raciocínio crítico-investigativo, tomada de decisão na resolução dos problemas, criatividade e comunicação, voltando-se mais para a saúde pública, a atenção integral, e para as estratégias de educação permanente (CASTANHO, 2002; BRASIL, 2005a).

Qualificar docentes e profissionais dos serviços que recebem os estudantes é fundamental. É um desafio para as instituições formadoras capacitar docentes em novas metodologias de ensino-aprendizagem, aumentar laboratórios de práticas profissionais e elevar o número de preceptores (CASTANHO, 2002; BRASIL, 2005a).

Estudos mostram que muitos médicos recém-formados ingressam na residência médica para obter a especialização. Por conseguinte, é necessário desenvolver medidas para adequar a profissão médica à nova realidade de saúde da população brasileira, mediante mudanças pedagógicas fundamentais. Dentre essas medidas devem ser citadas as seguintes: desenvolver metodologias ativas de ensino-aprendizagem; priorizar a medicina integral; valorizar o conceito de saúde em detrimento da doença (promoção da saúde); formar com princípios éticos e para o atendimento humanizado; incentivar o ingresso na atenção básica; priorizar a Estratégia de Saúde da Família (ESF); trabalhar em novos cenários de prática que não sejam somente no hospital universitário, levando o estudante a ser o próprio protagonista do processo de formação. Isso justifica a importância do aumento no número de preceptores em vários cenários de prática (BRASIL, 2002b).

O momento do estágio supervisionado, para ser efetivamente uma prática profissional inserida no contexto da formação, requer uma interação capaz de trazer transformações para os mundos da formação e do trabalho. Uma maior interação entre as instituições formadoras e os serviços de saúde certamente contribuirá para problematizar os espaços da formação e para identificar necessidades e sugestões de mudanças tanto no mundo da universidade como no dos serviços de saúde. Neste contexto, compreende-se que os estágios são espaços privilegiados para a cons-

trução de relações que se modificam entre esses dois mundos e o preceptor como um ator estratégico nessa construção (FAGUNDES; BURNHAM, 2005).

Durante as atividades executadas nos estágios curriculares as relações sociais estabelecidas entre preceptores e residentes são de conflito de saberes, o que tem a ver com as diferenças de valores, afetos, interesses, ética e modelo de formação desses profissionais. Em tal contexto, a tomada de decisão pelos residentes fica favorecida, tendo em vista a nova realidade a que são submetidos (BARBEIRO; MIRANDA; SOUZA, 2010).

Nos cenários de prática, os profissionais de saúde se veem obrigados a tomar decisões que afetam diretamente a vida de outras pessoas. Para isso é fundamental que os estudantes demonstrem ter diversos saberes éticos e técnico-científicos, além de experiências adquiridas na vivência e no exercício da prática, tanto na relação com os preceptores quanto com outros estudantes, gestores, usuários e população. Assim, o papel mediador do preceptor na construção e valorização das aprendizagens reconstruídas na prática é fundamental na formação todos os profissionais de saúde (FAGUNDES; BURNHAM, 2005).

A relação entre os diversos saberes que circulam nos espaços onde se materializa a educação é o que define o sentido da formação profissional e não existem hierarquias entre os saberes que se aprendem nesses espaços. As relações de trabalho produzem, através do diálogo, não só conflitos, mas também consensos; não só reprodução, mas também transformação. Tais afirmações justificam a necessidade de uma inserção mais vigorosa e direta do graduando em espaços de trabalho para a construção de um profissional mais sensível à sua realidade e consciente de seu compromisso ético com a sociedade. Nesse contexto, o papel do preceptor ganha relevância, mas o que se vê ainda hoje é que o preceptor não parece ter clareza da importância do seu papel na formação dos novos profissionais (BURNHAM, 2000; LIMA, 2005).

Nas relações entre professores, preceptores e discentes, ainda existe a cultura acadêmica de que o professor é o centro de tudo, é o que sabe e transmite as informações e o conhecimento. Sabe-se que atualmente essas formas tradicionais de ensinar estão sendo substituídas por metodologias ativas de ensino, em que o professor/preceptor é o mediador e os discentes são os protagonistas da sua própria história. Estas aprendizagens problematizadoras são mais significativas, pois instigam e envolvem os estudantes na busca do conhecimento, na medida em que con-

tribuem com a capacidade deles de investigarem, discutirem, trabalharem em equipe e comunicar-se (BATISTA et al., 2005).

Os preceptores têm de estar conscientes de que a formação não se restringe apenas à graduação, mas a um processo de desenvolvimento integral do indivíduo ao longo da vida, para o amadurecimento profissional e emocional, não limitado aos estudos e atividades realizadas nas instituições escolares. A formação contínua para além da compreensão de escola é necessária, pois o ser humano está em ininterrupto processo educativo (PERRENOUD, 2002).

Há instituições de ensino e serviço que já contam com profissionais que compreendem a diferença entre o modo tradicional de ensinar e as práticas mais inovadoras e que durante o processo de ensino-aprendizagem envolvem os estudantes na busca autônoma pelo conhecimento em conjunto. Mas na maioria o que ainda se vê é um ensino meramente expositivo, repetitivo e de memorização. Por conseguinte, nessas instituições os alunos não aprendem solidamente os conceitos e conhecimentos ensinados, no sentido de se transformarem em instrumentos mentais para atuar com a realidade (LIBÂNEO, 2011).

Em tal contexto, a capacidade autodidata dos professores é importante, embora não possa ser considerada suficiente. Os saberes adquiridos com a prática geralmente são desvalorizados e desconhecidos pelas instituições de ensino e pelos próprios professores como fonte de conhecimento profissional. Daí a importância da capacitação pedagógica dos preceptores aliada à experiência da prática docente (COSTA, 2010).

Atualmente, apesar dos esforços das instituições formadoras e dos serviços de saúde em capacitar os preceptores e fornecer infraestrutura para a atividade de preceptoria, ainda são muitos os desafios para adequar à legislação as atribuições dos preceptores e verificar se estes se sentem capacitados e com o perfil apropriado para esta função.

3.3 A PRECEPTORIA NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA

A grande demanda por serviços de emergência leva os serviços de saúde a uma superlotação, prejudicando o atendimento e sobrecarregando a equipe de profissionais. A assistência à saúde em situações de emergência e urgência se caracteriza pela exigência de um paciente ser atendido em um curtíssimo espaço de tempo

(GOLDIM, 2003; GARLET et al., 2009).

A emergência é caracterizada como sendo a situação na qual não pode haver uma protelação no atendimento, devendo, portanto, ser imediato. Nas urgências, o atendimento deve ser prestado em um período de tempo que, em geral, é considerado como não superior a duas horas. Nas situações em que não há urgência os pacientes podem ser transferidos para o pronto-atendimento ambulatorial ou para o atendimento ambulatorial convencional (GOLDIM, 2003).

A grande procura pelos serviços de emergência dos hospitais nacionais e mundiais é relacionada com características demográficas e socioeconômicas, que são influenciadas pelas inovações tecnológicas ou não, acesso aos meios de transporte; distância do serviço de emergência; início dos sintomas/percepção da severidade do caso pelo paciente ou seu cuidador/familiar; violência urbana; polos geradores de tráfego que elevam o número de acidentes automobilísticos e atropelamentos; deficiência nos serviços prestados por outras unidades públicas e privadas de assistência à saúde (VALENTIM; SANTOS, 2009).

Nos serviços de emergência e urgência são importantes a integração e a articulação das diferentes categorias profissionais e ramos do conhecimento em benefício de uma assistência adequada e livre de riscos, pautada na troca, nas conexões entre as diversas intervenções executadas e os diversos saberes técnicos utilizados na execução do trabalho em saúde. Essas ações multiprofissionais são estabelecidas pela comunicação, posto que os usuários recebidos necessitam de respostas imediatas nestas unidades de atendimento (PEDUZZI, 2001).

O sistema brasileiro de atenção às urgências tem apresentado avanços. Mas ainda existem muitas dificuldades visíveis, decorrentes da estrutura física e tecnológica inadequada, insuficiência de equipamentos, falta de recursos humanos, falta de capacitação para o trabalho, baixa cobertura do atendimento pré-hospitalar móvel, número insuficiente de unidades de pronto-atendimento, pouca retaguarda para transferência de doentes, falta de leitos e falha no sistema de referência e contrarreferência, dentre outras (BRASIL, 2006a).

No âmbito do SEUA do HC, o acolhimento com classificação de risco tem colaborado na organização, na ordenação da demanda e no atendimento por nível de prioridade e englobado os seguintes aspectos: superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes e sem prejudicar a qualidade das ações, transformar o processo de tra-

balho, aumentando a capacidade dos trabalhadores em distinguir e identificar riscos e agravos (BRASIL, 2004d; SHIROMA, 2008).

A maioria da população busca nos serviços de emergência e urgência a resolutividade para seus problemas de saúde, a necessidade de conseguir consultas médicas, a realização de procedimentos, exames e administração de medicamentos. A demanda por esses atendimentos não se caracteriza em urgência, podendo ser feitos na atenção básica. Isso evitaria a não assistência aos casos graves e agudos, o acúmulo de tarefas, o aumento dos custos de atendimento e sobrecarga para os profissionais da equipe de saúde, além dos dilemas éticos enfrentados por esses profissionais (GARLET et al., 2009).

Os enfrentamentos mais urgentes ou desafios a que estão submetidos os profissionais e usuários desses serviços são: “a fragmentação dos processos de trabalho e da relação entre os diferentes profissionais, a precarização das relações de trabalho e sucateamento dos serviços públicos de saúde, a burocratização e a verticalização do sistema público de saúde ancorada numa lógica de exclusão, o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe; o desrespeito ao direito dos usuários; o modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta; o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção e gestão; a formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde, e o controle e participação social frágeis dos processos de atenção e gestão do SUS” (JACQUEMOT, 2005).

Os médicos adquirem, durante a sua formação, conhecimentos científicos teóricos e práticos para a aquisição das habilidades necessárias à recuperação e manutenção da saúde das pessoas. O Código de Ética Médica vigente no Brasil estabelece que o médico é capaz de recusar atendimento caso as condições de trabalho não sejam dignas, ou possam prejudicar sua própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2010a).

Por se tratar de um serviço de emergência e urgência, os princípios éticos presentes no dia a dia dos profissionais de saúde que atendem essas intercorrências são beneficência, justiça e respeito às pessoas. Vale assinalar que usuários fragilizados estão privados da autonomia. Logo, os critérios de acesso aos cuidados (triagem) e os limites de tratamento permeiam a atenção prestada a esses pacientes. Como os estudantes poderão ter dificuldades ou limitações para lidar com essas

situações, os temas que envolvem as atividades de assistência, docência e pesquisa devem ser planejados de modo a evitar que tanto eles como os pacientes sejam expostos e prejudicados (GOLDIM, 2003).

Nas grandes cidades, apesar dos esforços das novas Políticas Públicas de Saúde, existem uma estrutura insuficiente e uma oferta reduzida de serviços de saúde na atenção primária e secundária. Isso tem dificultado o primeiro atendimento em cuidados de saúde, levando a população a procurar hospitais que oferecem atendimento de urgência e emergência na certeza de encontrar um profissional de plantão (VALENTIN; SANTOS, 2009).

Nos municípios de pequeno porte, os gestores de saúde não têm investido suficientemente na área local, buscando ações de atenção mais complexas em outros municípios maiores. Assim, os serviços dos hospitais privados e públicos tornam-se cada vez mais lotados, levando o paciente que necessita de atendimento de emergência real a aguardar durante um tempo maior por assistência. O excesso de atribuições dos médicos e dos demais componentes da equipe de saúde que trabalham nessas unidades acarreta dificuldades ao processo de ensino-aprendizagem dos estudantes que precisam de preceptores para aprender o cuidado ao paciente (VALENTIM; SANTOS, 2009).

Na década de 1970, os Estados Unidos investiram nos profissionais que atuavam em urgência e emergência, com a criação do primeiro curso denominado Advanced Trauma Life Support (ATLS) para os médicos. Depois foram criados os programas para os enfermeiros, os Trauma Life Support Courses For Nurses (*TLS for nurses*), e manobras avançadas de suporte ao trauma (MAST). No Brasil, foi a partir da década de 1980 que os profissionais de saúde começaram a se especializar (WEHBE; GALVÃO, 2001).

As DCN do curso de graduação em medicina, Art. 5º, XIV, destacam a importância de se incluir o atendimento em emergência no currículo da formação médica.

A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico. (BRASIL, 2001b, p.3).

A Portaria nº 2048/GM, do Ministério da Saúde, estabelece como uma das

diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência a criação de núcleos de educação em urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos nesta área de atuação. O Pronto-Socorro é o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Funcionam durante as 24 horas do dia e dispõem de leitos de observação, principalmente na atenção terciária, onde a maioria dos hospitais universitários está inserida (BRASIL, 2002a).

Na última década, as instituições formadoras e os serviços de saúde têm sido alvo dos governantes na elaboração de programas inovadores para recapturar a missão educativa destas organizações. Neste contexto, os hospitais de ensino são instigados a implementar mudanças, no intuito de aumentar a supervisão dos estagiários (eficácia do professor), aumentar a produtividade clínica, reduzir a hora de trabalho dos residentes, adequar a formação dos profissionais perante as demandas da sociedade, reduzir custos, insuficiência e desumanização (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

O Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF – conforme o Art. 2º:

O REHUF tem como objetivo criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde. (BRASIL, 2010b, p. 1).

Os Hospitais Universitários Federais (HUF) atualmente são foco de atenção sobre a saúde pública e educação no Brasil em virtude de mudanças ocorridas na forma de administrá-los. Estão passando por um plano de reestruturação, sob o discurso que o antigo modelo de gestão não tem conseguido exercer a contento as funções na educação e saúde. Eles servem de campo de formação de novos profissionais da saúde, produção científica, e prestam serviços aos usuários do SUS. O Governo Federal propôs a transferência administrativa dos HUF para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), no intuito de melhorar a gestão (SOUZA; LITTIKE; SODRÉ, 2013).

A Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH –, Art. 3º:

A EBSEH terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária. (BRASIL, 2011, p.1).

Este encontro entre a EBSEH e as universidades envolve o modelo de universidade vigente no país sobre os aspectos sociais, econômicos, políticos e científicos, a concepção de ensino, a formação cidadã, o papel e o perfil dos educadores no fazer docente e um novo repensar da ciência. A razão disso está no fato de que nos HUF são executadas diversas pesquisas científicas e projetos de extensão universitária, oferecendo serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade aos usuários do SUS e a formação de várias profissões na área da saúde. Neste contexto, abrangem as decisões das instituições formadoras públicas de ensino, assim como as dos serviços públicos hospitalares de ensino (GRANEMANN, 2008; GOMES, 2013).

O treinamento em emergência exige um acompanhamento próximo do aluno, sendo tarefa do preceptor, profissional que orienta e supervisiona as atividades práticas, e que, muitas vezes, não é o professor da faculdade. A inserção dos estudantes nas atividades práticas requer trabalho de mediação entre teoria e prática a ser realizado por docentes e trabalhadores das unidades de saúde, que possam atuar como preceptores (MISSAKA; BRANT, 2010).

No hospital de ensino pesquisado nesta dissertação, os profissionais médicos lotados na unidade do serviço de emergência e urgência adulto são os preceptores dos estágios curriculares obrigatórios, por prestarem assistência à saúde dos usuários e participarem diretamente na formação dos estudantes da graduação e residência médica.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se um estudo de caso com abordagem qualitativa, pois esta metodologia é a que melhor se adéqua ao estudo. É uma modalidade de pesquisa que facilita novas descobertas, permitindo uma análise profunda dos processos que envolvem os indivíduos, seja uma pessoa, um grupo ou uma comunidade (STAKE, 2000). É organizado em torno de questionamentos que se referem a “como” e “por que” realizar essa investigação em um grupo com características semelhantes, mas possibilitando uma análise individual dos sujeitos (VENTURA, 2007).

A pesquisa qualitativa permite a compreensão de sentimentos, ideias e comportamentos compartilhados em um grupo específico diante de uma experiência vivenciada. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas neste processo (SILVA; MENEZES, 2001; TURATO, 2005).

A metodologia qualitativa trabalha sempre com unidades sociais, privilegiando os estudos de caso, entendendo-se como caso o indivíduo, a comunidade, o grupo ou a instituição (MARTINS, 2004).

Neste estudo, o caso relaciona-se à preceptoria, que é uma das atividades desempenhadas pelos profissionais investigados do serviço de emergência e urgência adulto de um hospital de ensino e faz parte do processo de ensino-aprendizagem, para a formação dos profissionais de saúde, cuja descrição será construída sob a perspectiva dos preceptores, médicos.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido no Serviço de Emergência e Urgência Adulto (SEUA) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG), em Goiânia, Goiás, que funciona como cenário de prática para estudantes da área da saúde. Oferece também atendimento hierarquizado, especializado e de referência, nos níveis de assistência primária, secundária, terciária, quaternária aos usuários do SUS da região metropolitana, cidades do entorno, do interior do estado de Goiás e de outras regiões do Brasil.

Trata-se de um hospital geral, público, federal, de grande porte, atuando, prioritariamente, nas áreas de: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica e clínica tocoginecológica. Possui 316 leitos de internação e é um órgão suplementar da UFG, vinculado à Reitoria. É uma instituição de ensino superior da área da saúde, que tem por objetivos: assistência, ensino, pesquisa e extensão.

Está classificado como unidade de emergência e urgência tipo III e conta com as seguintes especialidades: serviço de emergência e urgência adulto, que inclui clínica geral, cirurgia geral e ortopedia (Serviço de Emergência e Urgência Adulto-SEUA ou P.S. Adulto), Serviço de Emergência e Urgência Pediátrica (SERUPE), Centro de Referência em Oftalmologia (CEROF), Centro de Referência em Otorrinolaringologia (CEROTO), Maternidade e Atendimento de Urgência Buco-Maxilo-Facial (BMF).

O SEUA conta com quarenta leitos assim distribuídos: nove leitos para a especialidade de ortopedia, onze leitos para a especialidade de clínica médica, dezoito leitos para a especialidade de clínica cirúrgica e dois leitos para a especialidade de cirurgia vascular, sendo que atualmente conta com 24 leitos em uso.

O acesso dos usuários ao serviço de emergência e urgência do Hospital das Clínicas ocorre por meio da demanda espontânea (usuários não referenciados) ou pelos encaminhamentos da rede pré-hospitalar fixa (usuários referenciados do Interior ou demais regiões), dos Centros de Assistência Integral à Saúde (CAIS) e Centros Integrados de Assistência Médico-Sanitário (CIAMS) e também móvel, do Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma (SIAT) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O encaminhamento do serviço pré-hospitalar fixo ou móvel é feito por meio da Central Estadual e Municipal de Regulação de Leitos.

Os usuários sem referência da rede (chegam por demanda espontânea) passam pela triagem e ali são recebidos pelos recepcionistas e encaminhados ao enfermeiro que realiza o acolhimento com a classificação de risco. Neste momento, prioriza-se o cliente com risco de vida, com dor, sofrimento ou ainda qualquer tipo de trauma. A consulta de enfermagem é realizada e o usuário é encaminhado ao seu destino, observando-se os protocolos de atendimento, a hierarquização e a classificação de risco nas cores preconizadas pelo Ministério da Saúde. Vale ressaltar que os que chegam em estado crítico (com comprometimento de uma ou mais de suas funções vitais) são encaminhados imediatamente para atendimento médico na sala de emergência.

Os usuários referenciados da rede de Goiânia, interior e demais regiões são recebidos pelos recepcionistas e são encaminhados primeiramente para o técnico de enfermagem e posteriormente são atendidos sem a classificação de risco. Quando o profissional fica com alguma dúvida em relação ao encaminhamento, o caso é enviado para o enfermeiro do acolhimento, que avalia e decide, durante a consulta de enfermagem, sendo, portanto, atendidos no Hospital das Clínicas somente os casos de emergência/urgência.

A rotina de trabalho no serviço de emergência e urgência é dinâmica, interativa, contínua, funcionando 24 horas por dia, todos os dias da semana, geralmente com o trabalho em equipes em plantões diurnos e noturnos. A carga horária varia entre os profissionais médicos, oscilando de 12 a 36 horas por semana, conforme o regime contratual de cada profissional. A equipe de médicos tem um coordenador. A equipe de saúde que trabalha na unidade é multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, biomédico, farmacêutico e equipe técnica.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os dados foram coletados de janeiro a março de 2013, época em que o SEUA contava em seu quadro com 23 médicos com mais de um ano de experiência profissional. Do total de profissionais lotados no serviço, o grupo social pesquisado foi constituído por quinze médicos que estavam atuando no SEUA há mais de um ano, atendiam as emergências e urgências clínicas e cirúrgicas durante o período diurno, desenvolviam a atividade de preceptoria e que concordaram em participar voluntariamente, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). A constituição da amostra foi casual e aleatória.

Foram excluídos os profissionais que, atuando no serviço e sendo convidados a participar não concordaram (nesta pesquisa, somente um médico se recusou), bem como os que estavam de férias, de licença médica ou maternidade, os que exerciam suas atividades no plantão noturno e os que tinham menos de um ano na atividade de assistência e preceptoria.

Portanto, se trata de um grupo de profissionais experientes na área de emergência, conhecedores da unidade, os quais contribuíram na implementação das

ações de atenção à saúde, realizavam as atividades assistenciais e de preceptoria e participaram espontaneamente deste estudo.

Todos os pesquisados foram abordados durante suas atividades laborais, com horários previamente agendados e permitido por eles.

Após as explicações sobre o título, os objetivos da pesquisa, os benefícios e os riscos desta, a leitura e assinatura do TCLE, os entrevistados eram encaminhados para a sala médica do próprio SEUA do hospital, por ser um ambiente mais confortável, livre de interrupções, permitindo a privacidade, espontaneidade, liberdade de expressão, confiança e empatia para que o profissional pudesse falar sobre a preceptoria exercida no serviço de emergência e urgência adulto da instituição.

Para o controle do pesquisador e para garantir o sigilo dos participantes, as entrevistas foram enumeradas por ordem crescente de 1 a 15.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos de coleta de dados foram elaborados pela pesquisadora e orientadora e após foram aplicados, através de um teste piloto (APÊNDICES B e C). Um teste piloto caracteriza-se pelo caráter experimental e é aplicado a uma pequena amostra de participantes. O objetivo do teste piloto, neste estudo, foi avaliar aspectos funcionais, tais como a redação, o sentido e a clareza das questões, assim como a pertinência e organização. Para os entrevistados responderem, posteriormente foi realizado o *feedback*, que levou à correção e/ou melhora de eventuais problemas, antes da aplicação definitiva (IRAOSSE, 2006).

Foi usado um questionário piloto com oito perguntas norteadoras, sendo entrevistado um médico. Após a aplicação e avaliação do 1º questionário, o instrumento foi modificado, e a partir daí o roteiro foi melhorado e ampliado para nove perguntas, de acordo com os objetivos da pesquisa.

O critério para definir o total de sujeitos a serem entrevistados foi o de saturação teórica das informações, que é denominado como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado necessário persistir na coleta de dados (DENZIN; LINCOLN, 1994).

O ponto de saturação da amostra depende indiretamente do referencial teó-

rico e do objeto de pesquisa e diretamente dos objetivos, do nível de profundidade a ser explorado e da homogeneidade da população estudada, mas pode ser influenciado por fenômenos cognitivos e afetivos da dupla pesquisador-pesquisados, que está sujeito a imprecisões (FONTANELLA, 2008).

Na primeira fase do trabalho, foram realizadas observações diretas no serviço de emergência e urgência, com o propósito de identificar o ambiente, aproximar os sujeitos da pesquisa com a pesquisadora, o modo de acesso dos usuários, o fluxo e o atendimento prestado aos usuários, o organograma do serviço, as atividades assistenciais e de preceptoria realizadas, os profissionais que realizavam as atividades, as facilidades e/ou dificuldades para o exercício da assistência e da preceptoria, a organização do processo de trabalho e as metodologias de ensino-aprendizagem utilizadas pelos preceptores do serviço, assim como o modo de acesso dos estudantes às atividades assistenciais e de supervisão da preceptoria.

Os participantes que concordavam e tinham disponibilidade para serem entrevistados naquele momento, foram encaminhados ao ambiente propício, e a entrevista era efetivada ou era agendada de acordo com a disponibilidade dos sujeitos, de modo que não atrapalhasse o desenvolvimento das atividades profissionais.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa foi utilizado um questionário com perguntas sobre a caracterização sócio demográfica e com dados sobre a formação para a preceptoria dos participantes. Os dados obtidos eram anotados pela pesquisadora (APÊNDICE B).

O roteiro continha informações que permitiram a caracterização sócio demográfica do preceptor, como: idade, gênero, caracterização profissional, vínculo empregatício, tempo de atuação no serviço de emergência e urgência, se tinha outra atividade de trabalho, carga horária de trabalho semanal, formação para ser preceptor, instituição em que ministrou o treinamento, tempo de trabalho no SEUA dedicado à preceptoria e se recebiam algum tipo de remuneração para o exercício da preceptoria.

Na segunda etapa foi utilizada a entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro com perguntas abertas que abordaram as seguintes questões norteadoras: Qual o significado de ser preceptor para você? Quais são as atividades de preceptoria exercidas no cotidiano do seu trabalho? Qual sua percepção em relação à preceptoria exercida no SEUA? Em sua opinião, qual a contribuição da preceptoria para o exercício da sua profissão de médico? Quais as facilidades e/ou as dificuldades

encontradas no exercício da preceptoria? Como você se sente exercendo a função de médico e preceptor no SEUA? O que seria necessário para melhorar a preceptoria no SEUA? Outros comentários sobre a preceptoria no SEUA (APÊNDICE C).

As entrevistas foram realizadas e gravadas pela pesquisadora após a assinatura do TCLE (APÊNDICE A). A duração total das entrevistas foi de aproximadamente 30 a 40 minutos, gravadas em mp3 com a autorização dos participantes e posteriormente ouvidas e transcritas na íntegra pela pesquisadora.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados obtidos nas entrevistas foi utilizada a técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin. Essa técnica de investigação caracteriza-se pela análise das comunicações de forma sistemática e objetiva, visando descrever e categorizar o conteúdo das informações disponíveis, com a finalidade de interpretá-las (BARDIN, 2009).

Segundo Olabuenaga e Ispizua (1989), a análise de conteúdo é uma técnica para ler e interpretar qualquer tipo de documentos que, analisados adequadamente, levam ao conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social.

A metodologia qualitativa exige um grande investimento de tempo e pessoal bastante qualificado sociologicamente para a tarefa da análise dos dados, considerando a ampla variedade de material a que se pode ter acesso, o que pode dificultar a organização e análise, fazendo com que a eficácia do estudo dependa, sobretudo, da capacidade do pesquisador e da definição de caminhos para o melhor aproveitamento do material coletado (MARTINS, 2004).

Os dados foram codificados e categorizados usando o programa ATLAS-Ti 7.0.®, que serve para agrupar dados de uma pesquisa qualitativa e possibilita organizar grandes quantidades de informações, com precisão.

Após a transcrição das entrevistas, foi realizada uma leitura exaustiva das mesmas, o que possibilitou a categorização dos dados. Nesta etapa, os pesquisadores realizam a leitura crítica das transcrições, aprofundam-se nos dados obtidos para a identificação das unidades de significados, a seguir se formam as categorias temáticas. Fez-se necessária também a criação de subcategorias a partir das falas dos entrevistados, em virtude da elevada quantidade de material obtido. A experiência

dos participantes é entendida considerando-se o contexto psicossocial, cultural, as relações entre as pessoas, comportamentos, opiniões, opções, atividades, dentre outros (MILES; HUBERMAN, 1994; STRAUS; CORBIN, 1998).

Para a interpretação é necessária uma boa análise de conteúdo que não deve limitar-se à descrição, mas deve ir além, atingindo uma compreensão mais aprofundada das mensagens. Na interpretação é feito um aprofundamento não só dos conteúdos manifestos pelos autores, assim como dos ocultos, consciente ou inconscientemente por eles (MORAES, 1999).

Segundo Minayo (2007), a análise final da pesquisa estabelece articulações entre os dados obtidos e os referenciais teóricos, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos, nas relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

A interpretação dos resultados foi construída a partir da fala dos pesquisados, do referencial teórico, das comparações, visões, percepções, perspectivas e reflexões da pesquisadora. A partir daí, a pesquisadora descreveu com detalhes como reconheceu os dados e explicou as ferramentas conceituais que orientaram as suas interpretações. As unidades semelhantes foram agrupadas em núcleos temáticos. Neste estudo, a ferramenta principal foi a comparação, que permite destacar as semelhanças e diferenças e, assim, obter conclusões que devem ser contrastadas, comparadas e contextualizadas com outros estudos (MILES; HUBERMAN, 1994; STRAUS; CORBIN, 1998).

Na análise interpretativa das entrevistas surgiram citações naturais, que contribuíram na elaboração das categorias temáticas, sobre a preceptoria no Serviço de Emergência e Urgência Adulto investigado.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Após a aprovação sob o protocolo nº 045/2012 (ANEXO A), iniciou-se o trabalho de campo. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e que os dados coletados serviriam para elaboração de trabalho científico. Aqueles que concordaram em participar, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), con-

forme preconizado pela Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), foram entrevistados (APÊNDICE A).

Foram esclarecidos e garantidos quanto ao sigilo, anonimato e a liberdade de se recusar a participar ou retirar o consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista sem qualquer prejuízo, penalidade, ou dano pessoal.

5 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentadas e discutidas as características sócio demográficas do grupo social pesquisado. Também se apresenta a análise interpretativa das entrevistas. Isso permitiu destacar sete categorias temáticas sobre a preceptoria exercida por médicos durante sua rotina de trabalho, no Serviço de Emergência e Urgência Adulto do Hospital das Clínicas da UFG. As categorias são as seguintes: 1) significados de ser preceptor; 2) atividades de preceptoria; 3) contribuições da preceptoria para o preceptor; 4) facilidades e dificuldades/limitações para o exercício da preceptoria; 5) causas de satisfação ou insatisfação; 6) influências da preceptoria para o discente; 7) sugestões para a melhoria da preceptoria.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

Participaram do estudo quinze médicos, dos quais 93,4% (14/15) são especialistas e 6,6% (1/15) mestres; 86,6% (13/15) são do sexo masculino, com idade entre 30 e 58 anos. O tempo de trabalho variou entre cinco e mais de vinte anos. Todos referiram ter outra atividade de trabalho fora do SEUA. A carga horária para 53,4% (8/15) foi de um plantão por semana, para 40% (6/15) de dois plantões e para 6,6% (1/15) de três plantões.

Tabela 01: Caracterização sócio demográfica dos preceptores participantes

| Variável | Descrição | Nº (15) | Porcentagem (%) |
|---|----------------|---------|-----------------|
| Faixa etária | 21-30 anos | 02 | 13,4% |
| | 31-40 anos | 04 | 26,6% |
| | 41-50 anos | 04 | 26,6% |
| | 51-60 anos | 05 | 33,4% |
| Sexo | Masculino | 13 | 86,6% |
| | Feminino | 02 | 13,4% |
| Formação profissional | Especialização | 14 | 93,4% |
| | Mestrado | 01 | 6,6% |
| Vínculo empregatício | UFG | 06 | 40,0% |
| | SMS | 05 | 33,4% |
| | FUNDAHC | 04 | 26,6% |
| Tempo de trabalho no SEUA do HC/UFG | 00-05 anos | 07 | 46,6% |
| | 06-10 anos | 04 | 26,6% |
| | 11-15 anos | 01 | 6,7% |
| | 16-20 anos | 01 | 6,7% |
| | + de 20 anos | 02 | 13,4% |
| Outra atividade de trabalho | Sim | 15 | 100% |
| | Não | 00 | 00% |
| Número de atividades de trabalho fora do SEUA do HC/UFG | Uma | 00 | 00% |
| | Duas | 05 | 33,3% |
| | Três | 05 | 33,3% |
| | Quatro | 03 | 20,0% |
| | Cinco | 02 | 13,4% |
| Carga horária de trabalho semanal no SEUA do HC/UFG | Um plantão | 08 | 53,4% |
| | Dois plantões | 06 | 40,0% |
| | Três plantões | 01 | 6,6% |

Elaborado pela pesquisadora.

UFG – Universidade Federal de Goiás

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

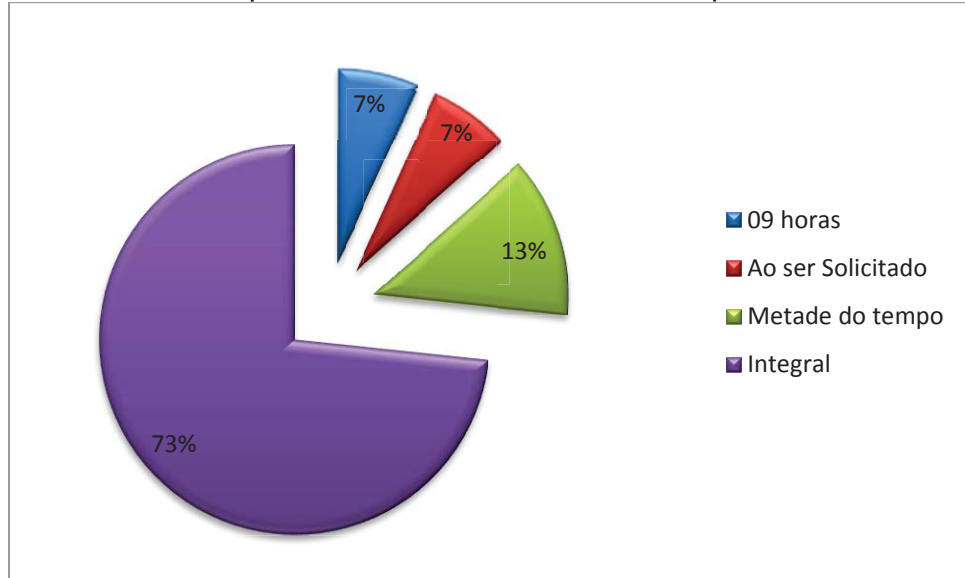
FUNDAHC – Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas

SEUA do HC/UFG – Serviço de Emergência e Urgência Adulto do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

Os médicos revelaram que dividiam sua carga horária entre as atividades de assistência e ensino. A maioria, 73,4% (11/15), dedicava tempo integral às atividades de preceptoria, uma minoria, 26,6% (4/15), referiu que a dedicação era esporádica ou parcial. Em relação à formação/capacitação para a preceptoria, 80% (12/15) não foram capacitados. A maioria, 86,6% (13/15), considerava não serem remunerados para a função, enquanto 13,4% (2/15) consideravam que a remunera-

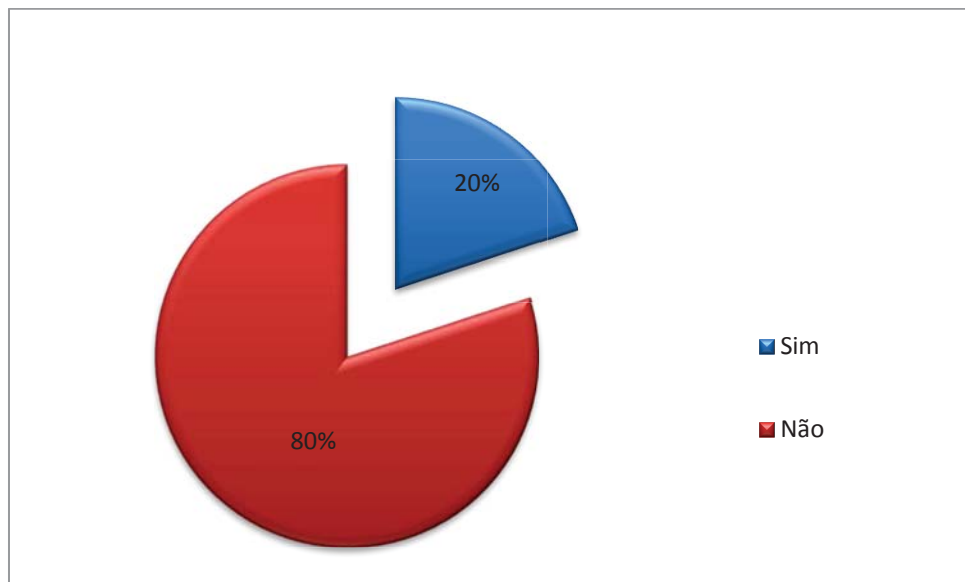
ção de médico assistente de um hospital de ensino já inclui as atividades de preceptoria.

Gráfico 01: Tempo de trabalho dedicado à Preceptoria no SEUA

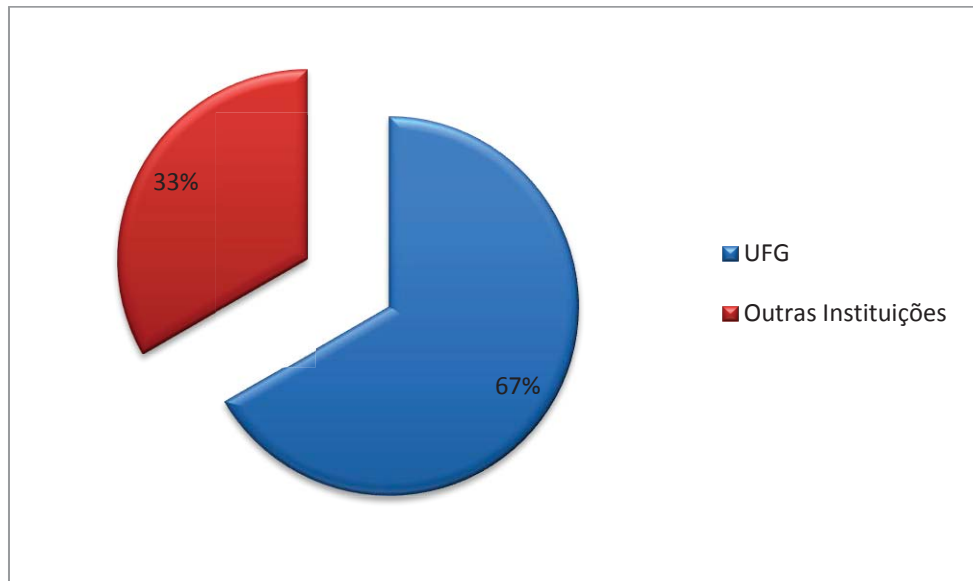


Fonte: Pesquisa de campo/2013

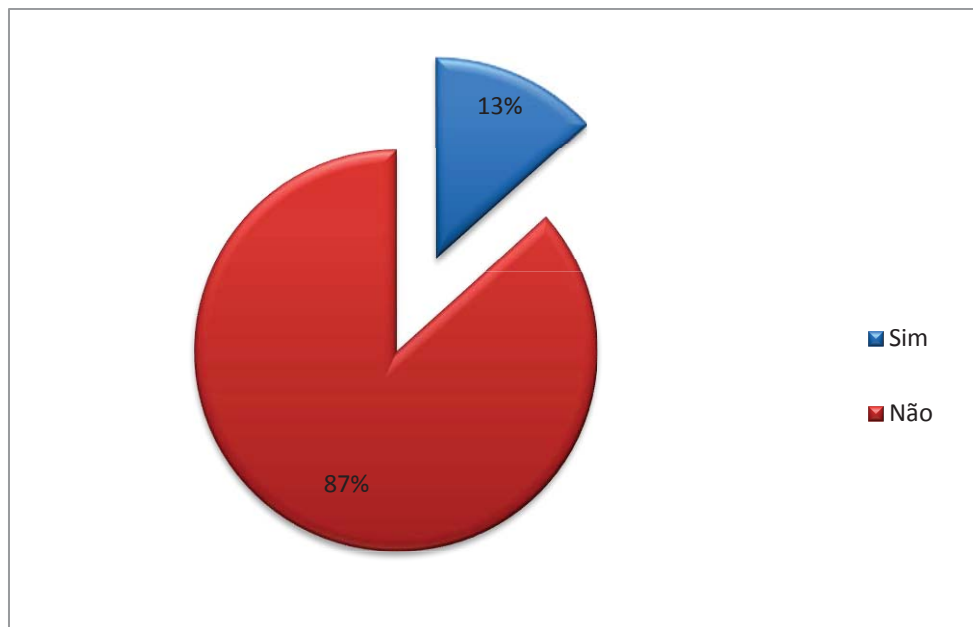
Gráfico 02: Capacitação pedagógica dos preceptores (N=15)



Fonte: Pesquisa de campo/2013

Gráfico 03: Instituição em que ministrou a capacitação

Fonte: pesquisa de campo/2013

Gráfico 04: Remuneração para o exercício da preceptoría

Fonte: Pesquisa de campo/2013

Quadro 01: Categorias gerais e subcategorias emergentes das falas dos médicos participantes

| CATEGORIAS | SUBCATEGORIAS |
|--|---|
| 1. Significados de ser preceptor | |
| 2. Atividades de preceptoria | Orientação das atividades da prática médica |
| | Orientação pedagógica |
| 3. Contribuições da preceptoria para o preceptor | Desenvolvimento profissional |
| | Realização pessoal |
| 4. Facilidades e dificuldades/limitações para o exercício da preceptoria | Facilidades |
| | Dificuldades/limitações |
| 5. Causas de satisfação ou insatisfação profissional | Satisfação profissional |
| | Insatisfação profissional |
| 6. Influências da preceptoria para o discente | Positivas |
| | Negativas |
| 7. Sugestões para a melhoria da preceptoria | Adequação na infraestrutura |
| | Organização administrativa |
| | Organização pedagógica |
| | Comunicação |
| | Reconhecimento |
| | Capacitação |

Elaborado pela pesquisadora.

5.2. SIGNIFICADOS DE SER PRECEPTOR

Para os médicos entrevistados ser preceptor tinha vários significados, entretanto, para todos significava ensinar, ensinar na prática, transmitir conhecimentos e orientar graduandos e residentes. Além das atividades de ensino foram mencionados por 60% (9/15) contribuir e responsabilizar-se pela formação profissional, humana e ética, e adquirir experiência profissional, e para 13,4% (2/15) apoiar o estudante:

Significa usar a arte de ensinar. (M-15).

[...] ensinar a prática da medicina para os acadêmicos do curso de medicina. (M-10).

Ser preceptor é transmitir informação e conhecimento, principalmente para os estudantes e residentes do Hospital das Clínicas. (M-14).

Preceptor seria a orientação de pessoas em graduação, [...] porque o preceptor é uma mola mestra do hospital. (M-3).

É ajudar na formação ética e humana do profissional médico. (M-9).

Preceptor significa ajudar os alunos no conhecimento, ao longo desse período que a gente tem de experiência na medicina. (M-12).

É o apoio que o aluno necessita durante esse aprendizado. (M-5).

5.3 ATIVIDADES DE PRECEPTORIA

Orientação das atividades da prática médica

As atividades de preceptoria foram relatadas, como a orientação na discussão de casos clínicos e cirúrgicos em 86,6% (13/15), para 20% (3/15), nos aspectos éticos, e para 13,4 % (2/15), na solicitação de exames complementares:

O que eu faço é discutir caso a caso com cada aluno. (M-6).

[...] discutimos até aspectos éticos, profissionais envolvidos na questão do atendimento do paciente. (M-10).

Ensinamos a examinar o exame físico, a gente discute exame complementar, tomografias, raios-X simples. (M-10).

A orientação na realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos foi relatada por 80% (12/15):

Orientações na parte de condutas clínicas dos pacientes, quanto na parte de procedimentos clínicos, emergência, urgência, reanimação e cirúrgicos. (M-11).

Outras atividades relatadas, por 66,6% (10/15), foram a orientação na realização da admissão, anamnese, exame físico, raciocínio diagnóstico, prescrição e evolução médica:

Orientar os alunos no atendimento às pessoas que chegam ao pronto-socorro. (M-1).

[...] são atividades que envolvem o atendimento ao paciente, a anamnese, o exame físico. (M-14).

Ensinamos a prescrição, o raciocínio diagnóstico, abordagem terapêutica, exames laboratoriais no tratamento do paciente. (M-10).

[...] fazer as evoluções de pacientes. (M-13).

Para 33,4% (5/15), as atividades de preceptoría relatadas na execução são atividades práticas da medicina:

É uma atividade essencialmente prática, que é o exercício da medicina, você auxiliar o graduando ou o residente no sentido de fazer o atendimento ao paciente. (M-5).

Orientação pedagógica

As atividades de preceptoría relativas ao ensino (seminários, leitura de artigos) foram citadas por 20% (3/15):

[...] também a parte teórica, a gente reúne temas para a discussão de artigos e estudo em conjunto. (M-11).

Seminários de doenças específicas de tratamento de urgência e emergência. (M-7).

5.4 CONTRIBUIÇÕES DA PRECEPTORIA PARA O PRECEPTOR

Desenvolvimento profissional

A contribuição da preceptoría para o preceptor mais relatada refere-se ao estímulo à continuidade da aprendizagem/ensino 73,4% (11/15):

Ajuda-me a atualizar, ir a congressos, cada vez mais me especializando, contribui bastante na minha profissão de médico. (M-15).

Outra contribuição refere-se à troca, busca e atualização de conhecimentos em conjunto (estudante/professor), para 66,6% (10/15):

[...] o conhecimento da própria medicina e é gratificante também para a gente. (M-12).

É importante porque eu aprendo muito com os alunos, da mesma forma que eu ensino, ter que estudar, ter que me manter atualizada. (M-9).

A preceptoria como contribuição para o crescimento profissional foi citada por 20% (3/15):

Contribui muito, nos ajuda a manter sempre em constante atualização e conhecimento, buscar uma forma de crescimento profissional posteriormente, [...] (M-11).

Realização pessoal

Foi também mencionada a contribuição para a realização pessoal, por 33,4% (5/15):

Crescer como pessoas, na medida em que vai ensinando outras pessoas a gente percebe as angústias, os anseios, a busca do outro pelo conhecimento. (M-11).

5.5 FACILIDADES E DIFICULDADES/LIMITAÇÕES PARA O EXERCÍCIO DA PRECEPTORIA

Facilidades

Como facilidades, 40% (6/15) dos médicos mencionaram o fato de os estudantes serem interessados e terem boa formação teórica:

A facilidade de eles estarem interessados em aprender e de estarem sempre perguntando. (M-8).

A única facilidade é que a gente tem uma quantidade de estudantes com preparo teórico muito bom. (M-1).

O bom relacionamento interpessoal com a equipe multiprofissional foi citado por 26,6% (4/15) dos médicos:

[...] a convivência tanto com os estudantes que é muito boa, a facilidade com a equipe de enfermagem. (M-6).

Ainda como facilidade, 20% (3/15) dos médicos consideraram o fato de a instituição ser um hospital de ensino:

[...] num hospital-escola e fazer uns cursos, para que possa estar orientando

melhor os profissionais que estão na graduação. (M-3).

Outras facilidades citadas dizem respeito à diversidade de casos clínicos complexos e à facilidade de comunicação foram expostas cada uma, para 13,4% (2/15), e a motivação da equipe, para 6,6% (1/15) dos médicos:

O hospital das Clínicas tem essa vantagem porque a gente acaba recebendo paciente com grandes doenças complexas. (M-14).

Facilidade de comunicação com os alunos, pela própria forma que a maioria deles se mantém dispostos a aprender, a ouvir. (M-9).

Eu acho que a enfermagem, a fisioterapia, a fonoaudiologia, o próprio pessoal da nutrição, as assistentes sociais, está todo mundo empenhado em ajudar o paciente. (M-9).

Todavia, a maioria 60% (9/15) referiu pouca ou nenhuma facilidade no exercício da preceptoria:

[...] então tem que se desdobrar para que você possa fazer esse trabalho de preceptoria. (M-4).

Dificuldades/limitações

A dificuldade mais mencionada foi a falta de estrutura/infraestrutura, em virtude de o espaço físico ser considerado inadequado, para 80% (12/15) dos médicos:

Os consultórios são todas enfermarias, a sala de eletro é enfermaria, a sala de reanimação é uma UTI, [...] eu tenho que fazer um exame físico abdominal com o paciente sentado. (M-10).

A falta de recursos humanos, ocasionando o excesso de trabalho, foi relatada, por 46,6% (7/15), como uma limitação vivenciada durante as atividades laborais:

Ter menos pacientes para você trabalhar e tempo para dedicar a esse paciente e aos alunos que você está sendo preceptor. (M-1).

As dificuldades na falta de medicamentos, materiais e equipamentos, o risco de infecção hospitalar, segurança do paciente e a falta de privacidade foram referi-

das cada uma por 33,4% (5/15) dos médicos:

Muitas vezes você não tem material para atender os pacientes, falta equipamento. (M-8).

[...] do ponto de vista de infecção, para você conversar com a família quando existe uma situação complicada, um óbito, ou privacidade. (M-9).

A falta de tempo para a preceptoria e a falta de apoio e comunicação entre docentes e preceptores foram relatadas por 33,4% (5/15) dos entrevistados:

Dificuldade de tempo para realmente fazer esse trabalho, tem que pegar o plantão, passar o plantão, [...] e o trabalho de estar ensinando. (M-6).

[...] falta de equipe de professores [...] se trabalha basicamente com médicos plantonistas que não têm vínculo com a instituição. (M-7).

A dupla atividade de assistência e docência durante o turno de trabalho e a falta de colaboração e desmotivação (descompromisso) foram relatadas, cada uma delas, por 26,6% (4/15) dos médicos:

São duas funções, é uma sobrecarga de serviço, atrapalha o atendimento porque você tem que ser mais lento, você tem que explicar muitas vezes. (M-8).

Os outros colegas médicos não fazem quase nada, [...] e diante das urgências que vão aparecendo ao longo do dia a gente tem que socorrer. (M-6).

A lentidão no resultado dos exames, a burocracia dos serviços públicos e a falta de normas, rotinas ou protocolos foram apontadas cada uma por 20% (3/15) dos médicos:

A demora na realização dos exames. (M-6).

Dificuldades é a burocracia muito grande, somente exame de alta complexidade, no mais é isso, a lentidão do sistema. (M-15).

Fazer um protocolo. Acho que, se estabelecer rotina para os internos, melhora muito. (M-14).

A deficiência de não terem sido capacitados para o exercício da preceptoría foi relatada por 20% (3/15) dos médicos entrevistados:

[...] nunca fiz curso, simplesmente fiz especialização e sou médica aqui. (M-6).

Não temos um programa de preceptoría de pronto-socorro. (M-4).

A falta de apoio da direção do hospital foi referida por 13,4% (2/15%) e a falta de avaliação docente e a falta de cobrança aos preceptores, cada uma, por 6,6% (1/15):

Eu acho que falta apoio da direção do hospital. (M-8).

Ter alguém a quem passar uma referência de pontualidade, interesse, evolução pessoal no estágio, [...] a gente realmente falar assim, eu estou aqui para te avaliar! (M-6).

[...] também mesmo não sendo questionados e não sendo valorizados em relação a isso. (M-11).

5.6 CAUSAS DE SATISFAÇÃO OU INSATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Satisfação profissional

O exercício da preceptoría foi considerado, por 66,6% (10/15), como algo que traz satisfação, sendo referido como motivo de felicidade, orgulho, gratidão dos estudantes, pois ensinar é gratificante. Por ser uma preceptoría muito boa, dentro do possível ela transmite e também soma conhecimento. Além disso, é fundamental na formação dos estudantes:

Eu percebo de forma positiva, para somar, em relação aos novos colegas que estão surgindo por aí. (M-13).

A preceptoría é fundamental para o serviço de urgência e emergência, [...] para auxiliar na formação dos alunos. (M-9).

A atividade de médico e de preceptor é uma coisa muito gratificante. É muito bom você poder ajudar e ver os pacientes retribuindo, agradecendo. (M-14).

Insatisfação profissional

Entretanto, para 33,4% (5/15) o exercício da preceptoria gerou insatisfação, citando-se falta de tempo, desvalorização, frustração, sobrecarga, estresse e falhas na preceptoria. Por ser uma obrigação em um hospital de ensino, depende da boa vontade de alguns profissionais:

Nós chegamos ao ponto que a nossa capacidade humana ela tem limite, [...] a nossa função deixa aquela sensação de frustração. (M-4).

Eu me sinto sobrecarregado, são duas funções. (M-8).

[...] e aí acaba tendo essa função, e até meio como uma obrigação, por ser um hospital-escola. (M-8).

Muito falha, [...] não tem cobrança, não tem curso, nenhum estímulo, nenhuma capacitação, a gente faz de vontade pessoal. (M-6).

5.7 INFLUÊNCIAS DA PRECEPTORIA PARA O DISCENTE

Positivas

Formar profissionais qualificados foi uma das influências da preceptoria para o discente, como citado por 60% (9/15) dos médicos:

Para o aluno também ajuda a orientar, sair, formar novos profissionais mais qualificados. (M-15).

Outra influência citada, por 60% (9/15) dos médicos, é a aquisição do conhecimento prático, ao exercício da prática médica, e aprender através da reflexão sobre essa prática com fundamento científico:

[...] pôr em prática o que você estudou no livro, eu acho de extrema importância para a formação do indivíduo. (M-8.).

Para 33,4% (5/15), o relacionamento multiprofissional proporciona bons vínculos entre as equipes, assim como ter a gratidão dos estudantes/egressos:

[...] cria um vínculo para o plantonista, sendo um preceptor de fato, ligado à universidade, o atendimento para o estudante vai ficar muito melhor. (M-14).

[...] a gente encontra em outros lugares e vem agradecer, todo o empenho que a gente faz por eles. (M-3).

Negativas

Para 80% (12/15), a influência negativa da preceptoria para o discente tem a ver com os prejuízos causados em sua formação pela falta de experiência:

Com relação à preceptoria os estudantes acabam sendo um pouco prejudicados para o aprendizado deles. (M-14).

Desmotivação, falta de compromisso, frustração, ansiedade e rebeldia dos estudantes, assim como a aprendizagem de forma incorreta e sem atendimento às normas foram citadas por 46,6% (7/15) dos médicos. Para eles, isso acarreta constrangimento tanto para os estudantes quanto para preceptores:

Porque alguns alunos são rebeldes, pela própria dificuldade de atendimento, [...] muitos saem daqui um pouco até frustrados. (M-1).

Eu tenho que fazer um exame físico abdominal com o paciente sentado [...] é extremamente constrangedor para o paciente, para mim enquanto médico e para o aluno que assiste a esta situação dentro da sua escola. (M-10).

5.8 SUGESTÕES PARA A MELHORIA DA PRECEPTORIA

Adequação na infraestrutura

Quanto às sugestões para a melhoria da preceptoria, 60% (9/15) relataram a necessidade de melhorar a estrutura, a infraestrutura e as condições de trabalho:

Melhorar a estrutura, melhorar a infraestrutura, construir novas áreas. (M-15).

Outras sugestões, para 13,4% (2/15), referem-se a mais qualidade e rapidez nos resultados dos exames, adquirir materiais e equipamentos de ponta, construir um centro de estudos:

Melhorar a qualidade dos exames, [...] para ser um serviço de ponta. (M-15).

A melhoria nos equipamentos e nos materiais de urgência e emergência. (M-11).

Ter sala de estudo, uma biblioteca para que você pudesse pesquisar junto com os internos e residentes. (M-13).

Organização administrativa

Outra sugestão, apontada por 33,4% (5/15), é haver mais tempo para os preceptores poderem se dedicar aos estudantes e pacientes:

Em minha opinião o tempo que é o limitador. (M-6).

O nosso tempo é escasso, nós não temos muito tempo para ensinar os alunos. (M-8).

Elaborar rotinas e protocolos, aumentar o número de funcionários foram as sugestões apresentadas, cada uma delas, por 20% (3/15), e atender menos pacientes e dividir as atividades por 13,4% (2/15):

Fazer um protocolo, criar rotina, estabelecer rotina para os internos. (M-14).

[...] aumento no número de funcionários, eu acho que sem isso é impossível a gente melhorar o serviço de preceptor. (M-9).

Você ter menos pacientes, [...] tempo para dedicar a esse paciente e aos alunos que você está sendo preceptor. (M-1).

Se tivesse uma coisa mais dividida acho que seria o ponto mais importante. (M-6).

Organização pedagógica

Dedicação de tempo integral e exclusivo à preceptor. Foi a sugestão de 33,4% (5/15) dos médicos:

Eu acho que num serviço de urgência e emergência de um hospital público, universitário, os profissionais deveriam ter um tempo integral para dedicar totalmente e ficar ali. (M-3).

Olha que o tempo do preceptor fosse praticamente exclusivo para a preceptor, sem a necessidade de um atendimento médico. (M-12).

Definir o médico que é preceptor apenas como preceptor e não como plantonista. (M-9).

Já 20% (3/15) sugeriram aumentar o tempo do estágio curricular:

Que fosse colocado na grade curricular um espaço maior dedicado a isso. (M-2).

Comunicação

Um percentual razoável, 33,4% (5/15), considerou ser necessário melhorar o relacionamento, através da comunicação entre docentes, preceptores e estudantes:

São vários plantonistas, a conduta acaba sendo mudado, criar um vínculo para o plantonista, sendo um preceptor de fato, ligado à universidade. (M-13).

Médicos plantonistas que tivessem vínculo com a instituição e que fossem também professores. (M-7).

Melhorar esse relacionamento por parte da direção da faculdade de medicina. (M-5).

Reconhecimento

A necessidade de reconhecimento pelo exercício da preceptoria foi mencionada por 26,6% (4/15) dos médicos, tanto do ponto de vista financeiro como de respeito pelos superiores:

[...] um incentivo maior, e inclusive financeiro, através de bolsas e aumentos nos salários. (M-11).

Eu gostaria que os chefes de cada residência médica tratassem com mais respeito os colegas desse pronto-socorro. (M-10).

Capacitação

Recomendações de elaboração de cursos de capacitação pedagógica em preceptoria foram citadas por 20% (3/15) e capacitação em emergência e urgência por 6,6% (1/15) dos entrevistados:

Deveria ter um curso de formação de preceptores, [...] a maioria deles não tem formação, não estudou para ser preceptor, estudou para ser médico. (M-8).

Engajar não só os médicos, mas o pessoal das outras especialidades, enfermagem, multidisciplinar, num programa de emergência. (M-4).

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA

De nosso conhecimento, este é o primeiro estudo brasileiro que avalia a perspectiva de médicos acerca da preceptoria realizada em um serviço de emergência e urgência adulto de um hospital universitário de ensino. Estudo este que possibilitou conhecer as características demográficas, o regime de trabalho, bem como as percepções dos entrevistados acerca desta função que podem trazer contribuições ao ensino-aprendizagem neste ambiente de trabalho.

Os resultados mostraram que o gênero dos profissionais, na maioria 86,6% (13/15), era do sexo masculino, o que pode justificar o fato de se referirem ao trabalho no SEUA como longo, árduo e estressante. No estudo de Santos (2008), dentro do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, os médicos e médicas estão inseridos em diversas áreas de atuação, sendo que os homens tendem a predominar no ensino, cirurgia e administração, ao passo que as mulheres na pesquisa e no atendimento clínico junto aos pacientes.

Vale, contudo, assinalar que no Brasil há uma crescente feminização da medicina. Estudo da demografia médica no Brasil nos registros do Conselho Federal de Medicina de 2011 pela primeira vez mostrou que há mais mulheres que homens no grupo de médicos com 29 anos ou menos. Ou seja, dos 48.569 médicos nesta faixa etária, 53,31% são mulheres e 46,69% são homens (SANTOS, 2008; CFM/CREMESP, 2011).

Quanto às formas de inserção no mercado de trabalho, além do trabalho no SEUA, todos os médicos mencionaram outros vínculos ocupacionais. Dados do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) comprovam que, no Brasil, os baixos salários da maioria dos médicos brasileiros e a precariedade das condições de trabalho os obrigam a terem múltiplos empregos (NOGUEIRA-MARTINS, 2004; CREMESP, 2008).

Entre os quinze médicos entrevistados, quatorze são especialistas e um é mestre, o que corrobora os estudos de Teixeira et al. (2008), sinalizando que a baixa frequência de médicos com títulos de mestrado e doutorado parece estar associada a uma maior valorização no mercado de trabalho brasileiro dos programas de residência médica.

Atualmente, o Conselho Federal de Medicina (CFM) propõe a criação de uma carreira federal para os médicos. Trata-se de um plano destinado a fixar médicos em pequenas cidades e inclui melhorias de infraestrutura, instalação de unidades de pronto-atendimento e de laboratórios de análises clínicas. Tal proposta sugere a criação de uma carreira de estado para os médicos, enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos e bioquímicos, nos moldes da carreira de juiz, com dedicação exclusiva ao serviço público e jornada de quarenta horas semanais (BRASIL, 2010a).

Nota-se que os profissionais investigados já passaram a perceber que a formação contínua para o seu desenvolvimento profissional e realização pessoal é necessária. Como a maioria dos entrevistados pertence à esfera pública, eles possuem maior segurança que os profissionais da esfera privada, em termos de direitos trabalhistas e de plano de carreira aos servidores efetivos. Isso possibilita a busca de uma melhor qualificação profissional, dada uma maior flexibilidade de horários, divisão de tarefas e produtividade com a equipe e ainda a licença remunerada para os estudos (MASETTO, 1998; SANTOS, 2008).

Os três médicos que consideram ter capacitação para o exercício da preceptoria sentem-se valorizados e têm orgulho em desempenhar a função de preceptor. Isso, no entanto, não se verificou nas respostas dos que julgam não ter a capacitação. Como se viu, dos doze médicos não capacitados para a preceptoria, sete manifestaram-se favoravelmente e cinco desfavoravelmente ao exercício da preceptoria. Estes últimos argumentaram em suas falas que a preceptoria é falha, atrapalha, sobrecarrega. Em razão disso, se sentem desvalorizados e enxergam muitas dificuldades.

A maioria dos preceptores não tinha a capacitação para a preceptoria, corroborando o que foi encontrado por Costa (2010), que identificou a capacitação como sendo uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos professores de medicina.

6.2 SIGNIFICADOS DE SER PRECEPTOR

Diferentes significados de ser preceptor foram relacionados pelos pesquisados, destacando-se o ensino e a transmissão de conhecimentos, a contribuição na formação dos futuros médicos e o apoio aos estudantes. Esses resultados são semelhantes aos descritos por Botti e Rego (2008), segundo os quais o preceptor é um

profissional experiente, com papel destacado e que auxilia na formação dos estudantes de graduação e pós-graduação em saúde, e apresenta como principais requisitos conhecimentos e habilidades em desempenhar procedimentos clínicos e competência pedagógica.

Neste estudo, os entrevistados compreendem o seu papel como docente, embora não se sintam valorizados e capacitados para esta função. Para Zabalza (2004), a competência docente não se baseia tão somente no domínio dos conteúdos científicos, mas em poder atuar para que os estudantes aprendam o que pretende lhes ensinar, assim como estimular o desenvolvimento e a maturidade para torná-los pessoas mais cultas, competentes e críticas do ponto de vista pessoal, profissional e social.

Silva et al. (2008) estudaram a preceptoria realizada pelos preceptores do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Santa Marcelina em São Paulo. E em suas análises acerca das descrições das atividades realizadas pelos preceptores, encontraram quatro categorias temáticas sobre o significado de preceptoria: “aproximação, coexistência, formação e orientação”. Esses dados confirmam os resultados apontados neste estudo, pois todos os médicos entrevistados referiram que ser preceptor significa ensinar, transmitir conhecimentos e orientar os estudantes.

Na concepção da maioria dos preceptores pesquisados no SEUA, foi praticamente consensual que o significado de ser preceptor se relaciona ao ensino, embora muitas vezes desenvolvido de maneira tradicional como apresentando na forma de transmissão de conhecimentos.

6.3 ATIVIDADES DE PRECEPTORIA

As atividades de preceptoria mais citadas pelos médicos são as desenvolvidas em situações clínicas reais no ambiente de trabalho, como o atendimento e discussão de casos clínicos e cirúrgicos. Isso permite aos preceptores interagirem com estudantes e residentes e a aprendizagem passa a acontecer, com a aquisição das competências necessárias para a formação. Ryan-nicholls (2004) ressalta que o preceptor tem importante papel na inclusão e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho, pois ele é o professor que ensina a um pequeno grupo de estudantes ou residentes, com destaque no desenvolvimento de habilidades práticas.

Neste estudo ficou claro que os preceptores realizam inúmeras atividades de preceptoria importantes para a formação profissional, assim como contribuem na aquisição de competências, habilidades, valores e atitudes comportamentais dos estudantes em formação.

Os principais papéis do preceptor são: ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com delimitados objetivos e metas e integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho; orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar práticas que melhorem a competência clínica, nos aspectos de ensino-aprendizagem do desenvolvimento profissional; ajudar o graduando e o recém-graduando a se adaptarem ao exercício da profissão. Além disso, o preceptor serve de exemplo para o crescimento pessoal e auxilia na formação ética dos novos profissionais. O principal local de atuação é em situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho (MILLS, 2005; BOTTI, REGO, 2008). Nesse sentido, apesar das limitações de infraestrutura, o SEUA do HC/UFG oferece um cenário de prática adequado às atividades práticas da preceptoria.

6.4 CONTRIBUIÇÕES DA PRECEPTORIA PARA O PRECEPTOR

Os resultados deste estudo demonstram que a preceptoria traz contribuições/benefícios pessoais, sobressaindo-se o aprendizado e a atualização contínua, o estímulo e a troca para a aquisição dos conhecimentos, levando ao desenvolvimento profissional e à realização pessoal. Botti e Rego (2011) escrevem que a contribuição da preceptoria para os preceptores é fundamental, pois é na troca dos conhecimentos que se constrói e se reconstrói, num caminho para formar pessoas ativas na sociedade contemporânea, comprometidas e com a percepção da importância de suas funções profissionais na construção de cidadania.

Segundo Almeida (2012), com o desenvolvimento profissional é que os professores/preceptores vivenciam possibilidades de desenvolvimento pessoal (satisfação com o trabalho, consigo mesmo e melhoram a autoestima), aumentam seus conhecimentos (da área específica, do ensino, da instituição, da cultura geral, acadêmica e profissional), se dedicam à capacidade de intervenção (em aula e na instituição), obtêm mais experiências de autonomia e relações interpessoais, semelhante ao encontrado nesta investigação.

O profissional de saúde é um educador, embora nem sempre tenha a percepção disso. Durante sua atividade profissional essencial desenvolve ações informais de educação, ao relacionar-se com o paciente e sua família, com colegas de trabalho, também pode ser considerado duplamente professor, pois ensina a outros médicos, aos estudantes e aos pacientes durante a discussão de um caso clínico (MOHR, 2011).

A Política Nacional de Educação Permanente para a Saúde (PNEPS) foi enfatizada na 14ª Conferência Nacional de Saúde (2012) como uma política que preconiza a valorização dos trabalhadores da saúde com estratégias para qualificação e apoio aos profissionais de saúde e gestores do SUS, tanto de nível médio como superior, para que a formação profissional seja de acordo com as necessidades de saúde da população brasileira. Esta política poderá contribuir com a preceptoria, na medida em que iniciativas e parcerias com as instituições públicas de ensino e com os serviços de saúde locais sejam implementadas, na capacitação formal dos preceptores para o exercício da mesma (BRASIL, 2007b; BRASIL, 2012c).

Dessa maneira, os preceptores acreditam que exercer a preceptoria contribui para sua vida profissional, dentro e fora do hospital de ensino, e possibilita aprendizado contínuo e atualizado, no contato com colegas de outras áreas, adquirindo mais experiência profissional, aprendendo da mesma forma que ensinam, através da reflexão sobre a prática. A preceptoria traz satisfação pessoal e crescimento profissional, pois também proporciona reconhecimento na sociedade perante a instituição, população, usuários do serviço, estudantes e egressos.

6.5 FACILIDADES E DIFICULDADES/LIMITAÇÕES PARA O EXERCÍCIO DA PRECEPTORIA

Facilidades

Quando interrogados sobre as facilidades para o exercício da preceptoria no SEUA do HC/UFG, muitos referiram que existe pouca ou nenhuma facilidade. Dentre as poucas facilidades relatadas, o interesse e a boa formação teórica dos estudantes e o bom relacionamento interpessoal com os estudantes e a equipe multiprofissional foram mencionados como favorecendo as atividades de preceptoria, como proposto por Feuerwerker (2011), em que o trabalho em saúde é único, em virtude dos

vários encontros que se efetivam entre trabalhadores, usuários e estudantes. Os inúmeros vínculos que se estabelecem entre toda a equipe de saúde são fundamentais para que os estudantes se integrem ao processo de produção do cuidado.

A facilidade de comunicação e a motivação entre a equipe de saúde demonstraram ser importantes para o exercício da preceptoria. Isso foi comprovado por Castro (2005) e Juliatto (2007), em estudo que mostrou que as mudanças e sofisticções tecnológicas das instituições de ensino e dos serviços de saúde não substituíram a força de trabalho, mas dependem de profissionais cada vez mais qualificados, que usam a comunicação para trabalhar de forma envolvente e estabelecem boas relações entre os profissionais, para que o estudante busque o seu aprendizado.

O fato de a instituição ser um hospital de ensino com a diversidade e complexidade de casos clínicos facilita o exercício da preceptoria, o que era vivenciado constantemente pelos preceptores do SEUA. As possibilidades de o estudante aprender em enfermarias, em postos de saúde, nos ambulatórios, nos hospitais, nos consultórios, e em outras situações semelhantes a essas facilitam a aprendizagem, contribuem para reflexão da realidade a ser vivenciada no futuro (MASETTO, 1998).

As características e singularidades do trabalho em saúde proporcionam encontro entre os próprios trabalhadores e usuários, pois através da aprendizagem e do ato de trabalhar em diferentes e variados cenários durante os estágios é que o exercício profissional se constrói. Isso proporciona o uso de diferentes ferramentas e relações decisivas na formação dos profissionais de saúde (FEUERWERKER, 2011).

O bom relacionamento interpessoal, o saber ouvir e dialogar, as vivências do cotidiano e o estabelecimento de empatia são sólidas ferramentas que facilitam o trabalho dos preceptores neste ambiente de ensino.

Dificuldades/limitações

As dificuldades de infraestrutura e de comunicação, a deficiência de recursos humanos, o excesso de trabalho, a desmotivação e o despreparo também estão presentes na maioria das unidades de emergências e urgências do país. Sabe-se que fatores como estrutura física e tecnológica inadequada, insuficiência de equipa-

mentos e recursos humanos, falta de capacitação, baixa cobertura do atendimento pré-hospitalar móvel, insuficiente unidades de pronto atendimento e insuficiente reatguarda para transferência de doentes dificultam o trabalho (BRASIL, 2006a).

Assim, a complexidade de um ambiente como o SEUA demonstra a necessidade de aprender a trabalhar e ensinar neste cenário. Segundo Dubar (2011), nada é mais importante e mais difícil do que formar profissionais capazes de ligar conhecimentos teóricos, necessariamente abstratos, a saberes técnicos e práticos nascidos da experiência, sempre concreta. Portanto, o desafio de ensinar e aprender, neste ambiente, pode ser enriquecedor para ambos, preceptores e estudantes.

O estudo de Chehuen Neto et al. (2007), na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, mostrou que, com base na percepção dos discentes em relação à eficácia da nova matriz curricular implantada quanto à prática médica no estágio, para eles procurarem um comportamento proativo e estímulo, havia a necessidade de melhorar a infraestrutura do serviço, que pode também se concretizar com maior capacitação pedagógica dos professores.

Outras dificuldades como a falta de tempo e apoio, falta de medicamentos, materiais e equipamentos e a burocracia também foram relatados nos estudos de Carvalho e Fagundes (2008), em que os elementos que dificultam o funcionamento do estágio são as dificuldades estruturais e administrativas da instituição, a falta de recursos humanos. É certo que isso tudo acarreta uma sobrecarga muito grande de trabalho a esses profissionais, além de deficiências nos serviços de apoio e carência de material e de insumos.

A preceptoria na área da saúde é uma resposta às inúmeras demandas provenientes do sistema básico de saúde, e que se encontra, na maior parte dos casos, à beira do colapso. A população das cidades de pequeno porte e das grandes metrópoles vem sofrendo com a precariedade das instituições públicas de saúde, onde muitas vezes predominam a escassez de recursos, de capital humano e de incentivos (FILHO; TALAMONI, 2011).

Neste estudo, verificou-se que a falta de comunicação entre docentes, preceptores e estudantes tem dificultado o trabalho dos preceptores do SEUA, como também foi descrito por Monteiro et al. (2011). Uma das limitações para intervir no processo de formação pedagógica dos preceptores está no distanciamento entre professores e preceptores, passando pela ausência de diretrizes mínimas para o trabalho, até a dificuldade em sistematizar conteúdos e de definir objetivos educaci-

onais, a pouca participação dos internos, a precária interação dos profissionais de saúde e até mesmo as formas de avaliação dos alunos.

O conjunto de dificuldades circunstanciais observadas neste estudo envolve várias deficiências, tanto de carência de recursos humanos quanto de problemas de infraestrutura, a superlotação do serviço, a falta de metodologias de ensino e protocolos e as deficiências na formação/capacitação para o desempenho da preceptoria. Por isso, atingir a qualidade na preceptoria torna-se um grande desafio atual. Estudos feitos pelo Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Preceptoria de Residência Médica (DCPPP) também apontaram que os preceptores do Acre e Rondônia identificaram problemas afetivos, problemas de gestão do trabalho e problemas de ensino-aprendizagem em relação ao exercício da preceptoria (ABEM, 2013).

Outra dificuldade relatada foi a falta de capacitação pedagógica para o exercício da preceptoria. Assim, cabe considerar que o processo formativo dos profissionais da educação superior deverá garantir as quatro dimensões necessárias do ensino: “a dimensão político-ideológica, a dimensão ética, a dimensão psicopedagógica e a dimensão didática” (PIMENTA; ANASTASIOU, 2002).

A dificuldade com a dupla atividade de assistência e ensino desenvolvida pelos preceptores do SEUA resultava da falta de tempo, da sobrecarga de trabalho e do estresse, o que está em consonância com o encontrado por Missaka e Brant (2010), cuja confrontação das atividades assistenciais e ensino sobrecarregavam os profissionais que atuavam na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) do serviço de emergência.

Dessa maneira, as dificuldades estruturais e a falta de recursos humanos foram apontadas como aspectos negativos para o exercício da preceptoria. Esse dado causou surpresa, pois não esperado que em uma IFES, entraves como esses aparecessem com tanta frequência, colaborando para a precarização das condições de estudo e trabalho e não aderência à preceptoria. Observa-se, sobretudo pelas queixas dos entrevistados, que mesmo sendo a instituição um hospital de ensino e dispor da presença dos preceptores, apesar de necessários, eles não são suficientes para o bom desempenho no exercício da preceptoria.

6.6 CAUSAS DE SATISFAÇÃO OU INSATISFAÇÃO PROFISSIONAL

O trabalho executado pelos preceptores dependia do envolvimento de cada servidor com a atividade, das suas vivências cotidianas, e trazia duas vertentes, pois ao mesmo tempo em que para muitos era satisfatório, para outros resultava em desvalorização e frustração propiciando a insatisfação.

Como satisfação profissional, eles acreditavam que a preceptoría trazia felicidade, orgulho, que ensinar é gratificante, somava, transmitia conhecimentos e era fundamental na formação dos futuros médicos. Esta diferença de perspectiva acerca da preceptoría é sugerida por Cardoso et al. (2009), segundo os quais as qualidades requeridas para o exercício da preceptoría – “responsabilidade, assiduidade, comprometimento, disponibilidade, entusiasmo, pontualidade, relacionamento, acessibilidade, flexibilidade” – vão além do conhecimento técnico.

Alguns preceptores acreditavam que exerciam a preceptoría de forma improvisada, aleatória, por conta de a instituição ser de ensino ou pela boa vontade e obrigação. Identificaram falhas, falta de tempo, insatisfação profissional e possivelmente comprometimento do ensino-aprendizagem naquele ambiente, pois a formação pedagógica requer currículos que produzam nos futuros profissionais a competência técnica e pedagógica. Precisam também de conhecimentos “didáticos, sociológicos, antropológicos, filosófico-epistemológicos e axiológicos”. Esses conhecimentos contribuem para a estruturação de currículos com inter-relações entre áreas do conhecimento mais complexas e adequadas ao panorama contemporâneo (MOHR, 2011).

A Lei nº 11.091, que dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação (PCCTAE), no âmbito das IFES vinculadas ao Ministério da Educação, especifica as atribuições e competências gerais dos cargos que integram o plano de carreira, como: planejar, organizar, executar ou avaliar as atividades inerentes ao apoio técnico-administrativo ao ensino, à pesquisa e à extensão, a fim de assegurar a eficiência, a eficácia e a efetividade das atividades de ensino, pesquisa e extensão dessas instituições, o que pode ser evidenciado neste estudo, pois a maioria dos preceptores reconhecia as suas funções, referia estar satisfeita com o exercício, embora visualizasse inúmeras falhas na preceptoría (BRASIL, 2005b).

Os preceptores percebem a importância da formação pedagógica para o exercício da preceptoría, como é sugerido e enfatizado nesta pesquisa. As competências específicas para exercer a profissão são importantes, mas existem as com-

petências relacionadas especificamente ao “ensino universitário, como o domínio de uma área do conhecimento, o domínio pedagógico e o exercício da dimensão política do ensino superior” (MASETTO, 1998).

Neste contexto, as competências pedagógicas para a docência são várias. Para Demo (2000), repassar o conhecimento é uma prática que se encontra em todo lugar. Mas apreende como competência, orientar os estudantes na função de facilitador da aprendizagem. O facilitador da aprendizagem é quem orienta o estudante de modo a constituir o seu conhecimento, de forma que o estudante seja sujeito autônomo dentro de uma proposta pedagógica.

No SEUA, esses profissionais se deparam com problemas de saúde dos usuários que envolvem uma atenção complexa de conhecimentos. Neste contexto, uma visão ampliada dos sistemas e das organizações poderá contribuir para uma reflexão transformadora do mundo em que se vive, rumo à transdisciplinaridade (MORIN, 2001; PIMENTA; LIMA 2004).

Muitas instituições de ensino fragmentam o conhecimento com currículos dispostos em disciplinas, o que contribui para a solidão da ação de docentes e preceptores. É necessário reformular currículos e ensinar aos estudantes contextualizar sob uma visão global (MORIN, 2000; COSTA, 2007).

Considerando as diferenças individuais entre os preceptores, estas atividades deveriam ser exercidas por profissionais com o perfil desejado para a função e capacitadas do ponto de vista pedagógico (UFG/Faculdade de Medicina, 2010).

As necessidades dos profissionais que prestam atenção à saúde e dedicação à preceptoria parecem estar em assincronia entre o que a preceptoria precisa e o que a instituição proporciona, pois, tratando-se de uma IFES, fazem-se necessárias harmonia e consonância nestas duas áreas de atuação, tanto de assistência, como de ensino.

6.7 INFLUÊNCIAS DA PRECEPTORIA PARA O DISCENTE

Positivas

Dentre as influências positivas, o que mais se destacou foi o valor dado ao conhecimento prático da medicina no local de trabalho e a formação humana e ética, para formar profissionais qualificados.

Diante das relações sociais da prática em saúde e os dilemas do cotidiano, o melhor cenário para ensino das habilidades éticas é o próprio local de trabalho, através da observação e discussão dos comportamentos e atitudes e do oferecimento de *feedback* pelos preceptores (REGO, 2003; PATEY, 2008), o que pode ser comprovado neste estudo.

O preceptor contribui com a formação dos estudantes de várias formas, assumindo vários papéis. Ele planeja, controla, guia, estimula o raciocínio e a postura ativa, analisa o desempenho, aconselha e cuida do crescimento profissional e pessoal, observa e avalia o residente executando suas atividades e atua na formação moral. O preceptor é um educador, ensina realizando procedimentos técnicos e moderando a discussão de casos. Também identifica as oportunidades de aprendizagem em vários cenários de prática (BOTTI; REGO, 2009).

Assim como observado neste estudo, Pimenta e Anastasiou (2002) destacam o professor/preceptor como responsável pelo ensino e fundamental na formação humana.

A proximidade do preceptor com o estudante cria maior influência e confere aos preceptores mais qualidades do que aos próprios professores (MISSAKA; BRANT, 2010).

A realização da preceptoria contribui com a formação, pois ao executar suas funções, como médico e educador, no que cabe ao cuidado à saúde do paciente também se responsabiliza com as funções educacionais. O grande desafio dos preceptores está em ensinar as habilidades relacionais, que compreendem a formação moral do novo médico, baseado nos princípios éticos, e ao mesmo tempo ensinar os atributos técnicos, o que era vivenciado pelos preceptores do SEUA (IRBY, 1994; PATEY, 2008).

Em cada interação as pessoas trazem informações. Neste estudo verificou-se que a interação entre a equipe de saúde tem contribuído positivamente para o desenvolvimento da preceptoria, tornando os estudantes conscientes das suas necessidades e direcionando seu aprendizado futuro. A preceptoria inclui a aprendizagem de competências, habilidades e atitudes comportamentais. O esforço da preceptoria deverá ser sempre no intuito de atender as necessidades não satisfeitas anteriormente. A instrução envolve experiência compartilhada, *feedback* e avaliação (WHITMAN; SCHWENK, 1984).

Atualmente a nova cultura acadêmica para a graduação na universidade

busca uma política de formação capaz de certificar aos estudantes uma postura diante do saber que superasse a especialização estreita, problematizasse as informações, os constituíssem como cidadãos, profissionais e cientistas comprometidos com a melhoria da qualidade de vida de toda a sociedade, tornasse possível o desenvolvimento do pensamento autônomo e crítico e convocasse conhecimentos inter e transdisciplinares sobre os fenômenos (PIMENTA et al., 2009).

Nos serviços de emergência e urgência, os preceptores e estudantes se deparam com vários tipos de tecnologia envolvendo o trabalho em saúde, pois, independentemente de seus centros profissionais, fazem uso de tecnologias duras, leves e leves para executarem o cuidado dos usuários. Cabe aos preceptores identificarem o modo de produção do cuidado: “se este será centrado nos procedimentos, nas necessidades, nas regularidades ou nas singularidades”. Isto porque eles necessitam das diversas interações entre as profissões para que a aprendizagem dos estudantes aconteça de forma eficaz, tornando-se habitual para eles durante o exercício profissional no SEUA (FEUERWERKER, 2011).

A experiência do preceptor, assim como a reflexão sobre sua prática diária, além das vivências adquiridas durante a assistência e ensino, fazem dele uma pessoa capaz de contribuir significativamente para si e para o discente, no exercício da prática com fundamento teórico-científico. Eles contribuem na redução de ansiedades e compreensão dos limites da atuação do estudante durante a aprendizagem, mostrando a realidade do SEUA para os estudantes, desempenhando as atividades do trabalho e estudando juntos, levando a todos a uma maior satisfação pessoal e crescimento profissional.

Negativas

As influências negativas para o discente, na ótica dos preceptores pesquisados, estavam no prejuízo na formação do estudante, levando-os a uma má impressão dos profissionais e dos serviços de saúde.

A falta de capacitação pode estar contribuindo no descompromisso em relação ao conjunto de atribuições que se espera que o preceptor desenvolva durante as suas atividades laborais, o que também é sugerido por Batista et al. (2005) e Mohr (2011), segundo os quais a falta de formação faz com que a atividade educativa seja realizada, a partir de ideias do senso comum, da formação técnica, da expe-

riência, sem preparo prévio, o que é um equívoco, pois a formação pedagógica baseia-se em “pesquisas, nas práticas didático-pedagógicas, da sociologia e da psicologia, e outras que contemplem a participação crítico-reflexiva”.

Atualmente no SEUA, a maioria dos preceptores lotados não é capacitada formalmente, o que corrobora os achados de Missaka e Brant (2010), segundo os quais não existe habilitação específica e nem compromisso formal com a formação. Poucos estudos propõem a formulação e planejamento de métodos educativos na formação desses profissionais de saúde. Essa é a razão por que, muitas vezes, os estudantes ficam sozinhos nos campos de estágio, expostos a má prática e acabam frustrados quanto ao trabalho na saúde e quanto à realização das diretrizes do SUS.

A preceptoria mal estruturada nas instituições de ensino e mal desempenhada pelos preceptores dos serviços poderá causar uma redução na aprendizagem dos estudantes e, conseqüentemente, grande prejuízo na formação prática, humana e ética dos futuros profissionais de saúde.

6.8 SUGESTÕES PARA A MELHORIA DA PRECEPTORIA

Foram feitas várias sugestões para melhoria da preceptoria no SEUA em especial melhorias na infraestrutura, no relacionamento com a IFES, dedicação exclusiva para preceptoria e capacitação pedagógica, para dispensar mais tempo e dedicação aos estudantes.

Estudos apontam que as condições de estrutura e infraestrutura dos serviços de emergência e urgência atuais, com espaço físico inadequado, falta de recursos materiais, humanos e equipamentos, dificultam o trabalho de assistência e preceptoria e propiciam tensões e conflitos que se manifestam de forma intensa e estressante sobre os profissionais destas unidades, o que corrobora com os dados desta pesquisa (JACQUEMOT, 2005; MELO et al., 2007; GARLET, 2009).

Um estudo realizado em Estocolmo, na Suécia, mostrou que os pré-requisitos fundamentais para a supervisão, ao introduzir os estudantes para a prática profissional, são: estar presente em tempo integral e não ter de se preocupar com outras funções clínicas, ser um catalisador para a aprendizagem, ser um especialista, apoiar os estudantes de forma coerente, estimular e contribuir com as atividades de assistência, manter interação com pacientes ou membros do grupo PBL (Apre-

dizagem Baseada em Problemas), usar a sua experiência e conhecimento no envolvimento dos alunos na sua própria aprendizagem, dar mais *feedback*, criar um ambiente harmonioso para que os alunos percebam o verdadeiro significado de ser médico (SILÉN, 2011).

No hospital, particularmente no SEUA, os usuários mais fragilizados perdem a autonomia, colocam-se em posição mais passiva, diante das intervenções dos profissionais de saúde, pois, para a melhoria das condições de saúde dos clientes, os trabalhadores de saúde se defrontam com temas complexos, e muitas vezes não estão preparados para atuar com os processos de subjetivação do usuário, o contexto social, sua história de vida, suas vivências, seus saberes e necessidades. Neste sentido, é indispensável o agir do preceptor de acordo com as complexidades envolvidas no trabalho em saúde (FEUERWERKER, 2011).

A capacitação pedagógica dos preceptores e a capacitação em emergência/urgência sugerida pelos entrevistados vêm ao encontro dos anseios atuais, de que todo profissional competente precisa de renovação constante e o estudar sempre é o maior desafio de toda a profissão (DEMO, 2005). O reconhecimento da necessidade de capacitação pedagógica do preceptor é um aspecto positivo, uma vez que tanto docentes como preceptores médicos não declaram esta formação (COSTA, 2010). Portanto, a capacitação poderá ser direcionada ao potencial já existente nos preceptores (PEREIRA, 2007), na perspectiva de contribuir para a formação de médicos mais adequados às necessidades de saúde da população brasileira.

Este estudo apresenta como limitação revelar apenas a perspectiva do preceptor. Sugere-se a realização de estudos que busquem avaliar a percepção de discentes, gestores educacionais e do serviço para soluções mais amplas e acordadas.

7 CONCLUSÕES

Este estudo qualitativo permitiu conhecer a perspectiva de médicos do Serviço de Emergência e Urgência Adulto de uma Instituição Federal de Ensino Superior acerca da preceptoria exercida neste ambiente de trabalho e ensino.

A perspectiva que os médicos têm acerca da preceptoria e da função do preceptor depende do conhecimento e do envolvimento de cada um com a atividade.

O significado de ser preceptor e das funções da preceptoria realizadas neste local foi a compreensão de que se trata de uma atividade de ensino, desenvolvida na prática para a formação de futuros profissionais.

As principais atividades de preceptoria desenvolvidas foram aquelas relacionadas ao cotidiano de um serviço de emergência e urgência como o atendimento de casos clínicos e cirúrgicos, estímulo ao estudo individual e solução de problemas.

Os entrevistados identificam suas contribuições para a formação profissional, relacionando a troca de conhecimentos, estabelecimentos de vínculos afetivos e diminuição de angústias próprias do serviço.

Embora a maioria do grupo avaliado referisse mais dificuldades que facilidades no exercício da preceptoria, realçaram, por outro lado, como facilidades a motivação para atualização proporcionada pelos estudantes, o interesse e a boa formação teórica dos estudantes, o bom relacionamento interpessoal com a equipe multiprofissional e o fato de trabalhar num hospital de ensino.

Dentre as inúmeras dificuldades referidas, sobressaem a falta de estrutura, a sobrecarga de trabalho, a dupla atividade de assistência e ensino durante o período de trabalho, a distância entre a instituição de ensino e o serviço, bem como a falta de capacitação pedagógica.

Como sugestões de melhorias destacaram a necessidade de investimento na infraestrutura e nas condições de trabalho, sobretudo a necessidade de mais tempo para exercer a função de preceptor e capacitação pedagógica.

Os resultados deste estudo sugerem a necessidade de melhoria na infraestrutura do serviço de emergência e urgência adulto e a elaboração de projetos para capacitação pedagógica dos preceptores em articulação com as instituições formadoras de ensino superior e o serviço de saúde.

Espera-se ainda poder contribuir na construção de um ambiente que favoreça a efetivação das estratégias de ensino-aprendizagem nos SEUA e consequente-

mente prevenir os possíveis prejuízos para o processo de formação dos estudantes e residentes que necessitam deste tipo de orientação.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os preceptores entrevistados relatam a ausência de um programa formal de capacitação para o SEUA do HC/UFG. Entretanto a instituição atualmente oferece oportunidade para o desenvolvimento da preceptoria e está disponível na UFG através de programas de pós-graduação *stricto sensu* (Art. 44, III, Lei nº 9.394/1996), como o Mestrado Profissional de Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da UFG (MEPES) e cursos de preceptoria de ensino a distância (EAD) da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), além de outros.

Apesar da intenção e do aparente compromisso dos preceptores com a atividade de preceptoria, em relação à instituição e ao estudante, verificou-se que eles têm um entendimento de que nem sempre é possível realizar todas as atividades de preceptoria necessárias para a boa formação técnica, humana e ética do profissional de saúde, como já deveria estar preconizado numa instituição de ensino superior que recebe estudantes.

A preceptoria para a maioria dos entrevistados é muito significativa para a sua vida pessoal e profissional dentro e fora do serviço, pois julgam ser fundamental para a formação dos estudantes, pois aprimora o conhecimento médico, principalmente sendo executada num hospital de ensino, onde o ambiente e a cooperação dos demais membros da equipe multiprofissional são muito importantes.

Na instituição investigada alguns preceptores têm formação psicopedagógica para a preceptoria em nível de graduação e pós-graduação. Há de se aproveitar melhor esta mão de obra especializada e direcioná-la para as ações de ensino que favoreçam as práticas pedagógicas eficazes entre os preceptores, na intenção de melhorar a aprendizagem dos estudantes.

Para valorizar os profissionais que executam a preceptoria nas instituições de ensino superior, além dos incentivos para a capacitação e os estudos (cursos, congressos), poderiam ser tomadas medidas simples de estímulo e valorização destes profissionais, como, por exemplo, confeccionar crachás de identificação como preceptores. Também proporcionar melhores salários com gratificação financeira para esta atividade.

É possível articular parcerias com as instituições de ensino superior envolvidas nos estágios curriculares obrigatórios e promover cursos de capacitação para

os preceptores, em conjunto com os serviços de saúde, fazendo valer a legislação existente de educação permanente para os profissionais de saúde do SUS.

Como novo perfil aos preceptores, estes poderiam ser capacitados com cursos de metodologias ativas de ensino, para se apropriar destas inovações pedagógicas e de aperfeiçoamento em métodos mais modernos e eficazes de avaliação. Isso contribuiria para facilitar e organizar a vida profissional deles, o que seria impactante para a formação dos estudantes.

No que diz respeito às dificuldades e limitações na elaboração deste estudo, cabe assinalar que o programa Atlas Ti foi utilizado apenas parcialmente na junção das unidades de significados aos núcleos temáticos. Isso por conta do grande número de informações recebidas. A escassez de literaturas sobre o assunto também foi uma limitação vivenciada.

Autores já afirmaram que muitos estudantes ficam sozinhos nos campos de estágio, sem supervisão nenhuma, sem a presença dos professores ou dos preceptores. Atualmente, isso ainda é comum, pois muitas vezes o estudante ensina o próprio estudante. O que sugerimos, depois deste estudo, é que todos os profissionais envolvidos na educação criem canais mais efetivos de comunicação, visando a uma melhor integração entre a universidade e os serviços de saúde.

A universidade e os serviços devem ter mais clareza na definição dos papéis na política de educação permanente dos preceptores e no acompanhamento dos estágios curriculares. Essa afirmação está calcada no fato de que dois dos problemas enfrentados pelos preceptores referem-se à falta de planejamento de estágio bem definido e à falta de capacitação dos preceptores.

Todo o ser humano precisa de estímulos positivos para se sentir útil e continuar seus esforços. Assim, mesmo no meio das contrariedades e percalços, sugere-se como forma de elogio ou agradecimento aos preceptores a emissão de certificados aos preceptores que supervisionam os estágios.

Percebe-se, a necessidade de elaborar um instrumento de notificação aos gestores da instituição investigada com as sugestões feitas, na tentativa de adesão e aquisição de recursos financeiros junto aos órgãos competentes, para as melhorias na organização e reestruturação do serviço de emergência e urgência hospitalar.

Recomenda-se, portanto, a busca de todos os profissionais da saúde pela valorização na preceptoria, o que contribuirá para torná-la uma profissão regulamentada, junto aos órgãos competentes, tanto no que diz respeito à carga horária quanto

à capacitação e remuneração.

Com este trabalho foi possível aumentar a visão desta pesquisadora sobre a preceptoria e adquirir uma conscientização maior do seu papel como servidora pública na área da saúde, assim como da importância da preceptoria para a formação dos novos profissionais, dos desafios das instituições em relação à integração ensino e serviços de saúde e para o estabelecimento de melhores vínculos, ao proporcionar atitudes proativas no acolhimento e ensino dos estudantes.

Espera-se que outros estudos possam ampliar a visão dos médicos e de outros profissionais da saúde, a respeito da importância da preceptoria, e também contribuir para um trabalho mais comprometido.

9 PRODUTO TÉCNICO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSI-
NO NA SAÚDE



PLANO DE CURSO

TÍTULO: CURSO DE PRECEPTORIA PARA MÉDICOS E ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA E URGÊNCIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFG

TUTORA COORDENADORA: Dra. Edna Regina Silva Pereira (ersp13@gmail.com)

TUTORA COLABORADORA: Enf^ª. Mestre Elisete Regina Rubin de Bortoli Sant' Ana

Período: Agosto a novembro de 2014

Horário: Livre

Carga Horária: 60 h 4h/semana

EMENTA

Significado de preceptoría em saúde. Competências para ser preceptor. Metodologias de ensino aplicadas ao Serviço de Emergência e Urgência. Princípios da avaliação. Avaliação no local de trabalho. Avaliando habilidades de comunicação. Desenvolvimento pessoal e prática reflexiva.

OBJETIVOS:

Objetivo geral do curso:

Capacitar médicos e enfermeiros do Serviço de Emergência e Urgência do HC/UFG para o exercício da preceptoría em urgência e emergência.

Objetivos Específicos:

- Refletir sobre os conceitos de preceptoria e as habilidades e competências necessárias para o seu exercício em urgência e emergência;
- Compreender e aplicar metodologias ativas de ensino aplicadas no ambiente de trabalho;
- Discutir a importância da avaliação da prática profissional no local de trabalho;
- Compreender e aplicar os conceitos de validade, confiabilidade, viabilidade e impacto educacional;
- Compreender os métodos de avaliação prática;
- Planejar e propor métodos de avaliação coerentes aos objetivos educacionais.
- Planejar e propor uma proposta de educação permanente para o Serviço de Emergência e Urgência.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

- Conceito, definições e significados da preceptoria e de preceptor;
- Competências e habilidades necessárias para o exercício da preceptoria;
- Metodologia ativa de ensino – conceito, importância, métodos aplicados ao Serviço de Urgência e Emergência;
- Avaliação no local de trabalho – conceitos, importância e métodos aplicados ao Serviço de Urgência e Emergência;
- Profissionalismo no local de trabalho
- Planejamento de desenvolvimento profissional e pessoal

METODOLOGIA:

Será utilizada metodologia ativa, centrada no participante do curso, com aplicação de estratégia de aprendizagem baseada em vídeos e construção compartilhada de conceitos. Todas as atividades propostas durante o curso acontecerão através do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), na plataforma Moodle, com carga horária total de 60h (4h/semana). Os tutores estarão atuando como guias e facilitadores do

processo de aprendizagem dos participantes do curso, oferecendo feedback imediato e avaliações dos mesmos.

Propostas das tarefas do curso:

- Fórum de discussão de todas as tarefas.
- Leitura de textos oferecidos aos participantes.
- Assistir vídeo-aulas sobre metodologias ativas e métodos de avaliação.
- Construir um portfólio sobre o percurso individual de aprendizagem no curso e propor um plano de desenvolvimento pessoal profissional.
- Planejar educação permanente para o local de trabalho.
- Responder aos questionários de interesse, pré e pós-teste e avaliação do curso.

RECURSOS NECESSÁRIOS

Recursos materiais e equipamentos

- Computadores
- Plataforma Moodle
- Material bibliográfico

Recursos humanos

- Tutores online
- Professores convidados
- Participantes

AValiação DA APRENDIZAGEM

Será feita com base nos seguintes itens:

1. Frequência de participação no curso de acordo com a tarefa proposta
2. Participação na discussão de forma pertinente mantendo relação com o tema, com adequada comunicação via Web
3. Realização da discussão com base na literatura
4. Utilização de sua experiência na discussão de forma pertinente

5. Produção individual: textos, sínteses, elaboração das respostas propostas nos fóruns.
6. Portfólio reflexivo.
7. Avaliação dos testes

REFERÊNCIAS:

1. Chemello D, Manfroi WC, Machado ALB. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo preceptorial em um minuto. **Rev Bras Educ Med.** 2009; 33 (4): 664-69
2. Irby DM, Wilkeson L. Teaching when time is limited. **BMJ.** 2009; 336: 384-87
3. Parmelee DX, Michaelsen LK. Twelve tips for doing effective Team-Based-Learning (TBL). **Medical Teacher.** 2010; 32: 118-122
4. Norcini J, Anderson B, Bollela V, et al. Criteria for good assessment: Consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. **Medical Teacher.** 2011; 33: 206–214
5. Norcini JJ, McKinley DW. Assessment methods in medical education. **Teaching and Teacher Education.** 23 (2007) 239–250
6. Schuwirth LW. Assessing medical competence: finding the right answers. **The Clinical Teacher.** 2004, 1: 1: 14-18
7. Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R. Assessment of clinical competence. **Lancet.** 2001; 357: 945-949
8. Norcini J, Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. **Medical Teacher.** 2007; 29: 855–871
9. Domingues RCL, Amaral E, Zeferino AMB. Auto-Avaliação e Avaliação por Pares – Estratégias para o Desenvolvimento Profissional do Médico. **Rev Bras Educ Med.** 2007; 31 (2):173-75
10. Domingues RCL, Amaral E, Zeferino AMB. Os diferentes olhares na avaliação de alunos em estágio clínico supervisionado. **Rev Assoc Med Bras.** 2009; 55(4): 458-62
11. Zeferino AMB, Domingues RCL, Amaral E. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. **Rev Bras Educ Med.** 2007; 31 (2): 176 – 9.
12. Fasce E, Echeverría M, Matus O, et al. Atributos del profesionalismo estimados por estudiantes de medicina y médicos. Análisis mediante el modelo de disponibilidad léxica. **Rev Med Chile.** 2009; 137: 746-752
13. Papadakis MA, Paauw DS, Hafferty FW, Shapiro J, Byyny RL. The Education Community Must Develop Best Practices Informed by Evidence- Based Research to Remediate Lapses of Professionalism. **Acad Med.** 2012; 87:00–00.

REFERÊNCIAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica. O preceptor por ele mesmo. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, v. 9, out. 2013.

ALMEIDA, M. I.; PIMENTA, S. G. Pedagogia universitária: valorizando o ensino e a docência na Universidade de São Paulo. In: _____. **Relatório de gestão 2006-2009**. São Paulo: USP/PRG, 2009. P. 173-194.

ALMEIDA, M. I. **Formação do professor do ensino superior desafios e políticas institucionais**. 1. Ed. São Paulo: Cortez, 2012.

ATLAS. TI. Software. Disponível em: <www.atlasti.com>. Acesso em: 5 jun. 2013.

BARBEIRO, F. M. S.; MIRANDA, L. V.; SOUZA, S. R. **Enfermeiro preceptor e residente de enfermagem: a interação no cenário da prática**. Rio de Janeiro: PPgeng, UNIRIO, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, L. R.; SOARES, L. V. B. A realidade da atenção básica e as necessidades da escola médica são incompatíveis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 434, jul. set. 2008.

BATISTA, N.; BATISTA, S. H.; GOLDENBERG, P.; SEIFFERT, O. E.; SONZOGNO, M. C. **O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde**. São Paulo: CDESS, UFSP, Brasil. 2005.

BERTOLLI FILHO, C.; TALAMONI, A. C. B. **Preceptor e o ensino valorizador do homem**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2011.

BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. T. A. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 263-373, 2008.

BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. T. A. **O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. T. A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 21, p. 65-85, 2011.

BRANT, V. Formação pedagógica de preceptores do internato médico: construção de um modelo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, Suplemento 2, p. 30, jul.-set, 2008.

BRASIL. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. 1981. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6932.htm. Acesso em: 10 maio 2013.

BRASIL. Decreto nº 87.497, de 18 de agosto de 1982. Regulamenta a Lei nº 6.494, de 7 de dezembro de 1977, que dispõe sobre o estágio de estudante de estabelecimentos de ensino superior e de 2º Grau Regular e Supletivo, nos limites que especifica, e dá outras providências, 1982. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D87497.htm. Acesso em: 12 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 17 a 21 de março, 1986. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIIIcns.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2013.

BRASIL. **Constituição de 1988**: República Federativa do Brasil Brasília: Senado Federal; 1988.

BRASIL. **Lei 8.080/Lei 8.142**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 22 jul. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF: CNE/CES, 2001b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BRASIL. **PROMED**: Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas. Brasília: MS, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048**, de 2 de novembro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 610**, de 26 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas, com o objetivo de incentivar a promoção de transformações dos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares, baseadas nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina, aprovadas pelo Ministério da Educação Políticas de expansão do Sistema Único de Saúde e valorização da atenção primária e da promoção da saúde. 2002b. Disponível em: < http://www.pp.ufu.br/Port_Inter.htm >. Acesso em: 10 fev. 2013.

BRASIL. **APRENDER SUS**: o SUS, e os Cursos de Graduação da Área da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2004a. Disponível em: <aprendersus@saude.gov.br>. Acesso em: 21 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 5, de 8 de junho de 2004. Dispõe sobre os serviços de preceptor/tutor dos programas de Residência Médica. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 111, Seção 1, p. 18-19, 11 jun. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004**. Estabelece a educação permanente em saúde. 2004c. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>. Acesso em: 23 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **QUALISUS**: Política de Qualificação de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.111/Gm de 5 de julho de 2005**. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. 2005a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1111.htm> Acesso em: 05 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 11.091, de 12 de janeiro de 2005**. Dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação (PCCTAE). 2005b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11091.htm. Acesso em: 23 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. 2005c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção às urgências**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-Saúde 2**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 198**, de 13 de fevereiro de 2004, alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007: novas diretrizes e

estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET - Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 27, 27 ago. 2008a.

BRASIL. **Lei do estágio**. Nº 11.788, de 25 de setembro de 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS**: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1.897. Aprova as normas processuais que regulamentam as Sindicâncias, Processos Ético-profissionais e o Rito dos Julgamentos nos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção I, p. 75-77, 6 maio de 2009b.

BRASIL. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Conselho Federal de Medicina. 2010a. Disponível em: <<http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/%C3%89tica/C%C3%93DIGO%20DE%20%C3%89TICA%20M%C3%89DICA.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

BRASIL. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. 2010b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm. Acesso em: 15 Out. 2013.

BRASIL. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm. Acesso em: 22 nov. 2013.

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Médica Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 73, p. 24-25, 16 abr. 2012a.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.087/MS/MEC**, de 21 de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.htm> . Acesso em: 17 nov. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 2012c.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.. 2013a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 27 dez. 2013.

BRASIL. **Pró-Residência** (Programa de Apoio a Formação de Especialistas em Áreas Estratégicas). SGTES (Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em saúde). 2013b. Disponível em: www.saude.gov.br/sgtes Acesso em: 30 dez. 2013.

BURNHAM, T. F. Sociedade da informação, sociedade do conhecimento, sociedade da aprendizagem: implicações ético-políticas no limiar do século. In: LUBISCO, N.; BRANDÃO, L. (Org.). **Informação e informática**. Salvador: Edufba, 2000. p. 283-307.

CAMPOS, G. W. de S. **A saúde, o SUS e o programa “Mais Médicos”**. Campinas: FCM, Unicamp, 2013.

CARDOSO, M. M.; LOULA, I. G.; SILVA JÚNIOR, L. F. R. F.; WUILLAUME, S.M.; POMBO, R. Reconhecimento do preceptor, visibilidade e apoio para o exercício desta função. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 4, p. 420, 2009. [Anais ao 47º Congresso Brasileiro de Educação Médica, 2009, Curitiba, p. 17-20 out. 2009.

CARVALHO, E. S. S.; FAGUNDES, N. C. A inserção da preceptoria no curso de graduação em enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 98-105, abr.-jun. 2008.

CASTANHO, M. E. Professor de ensino superior na área de saúde e sua prática pedagógica. **Interface**, v. 6, n.10, p. 51- 62, 2002.

CASTRO, A. M. D. Mudanças tecnológicas e suas implicações na política de formação do professor. Ensaio: avaliação política pública. **Revista Educação**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 49, p. 469-486, out.-dez. 2005.

CECCIM, R. B; FERLA, A. A. **Residência integrada em saúde**: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco, 2003.

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

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, ano 5, p. 1400-1410, set. out. 2004b.

CHEMELLO, D.; MANFRÓI, W. C.; MACHADO, C. L. B. O Papel do preceptor no ensino médico e o modelo preceptor em um minuto. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.33 p. 664-669, 2009.

CHEHUEN NETO, J. A.; SIRIMARCO, M. T.; FAVA, A. S.; GOMIDE, B. de O.; MARTINS, T. P. R.; GOMES, E. V. Percepção dos discentes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora em relação à eficácia da grade curricular aplicada a prática médica no estágio. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, Supl.1, p. 11, 2007.

COSTA, N. M. S. C. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 21-30, 2007.

COSTA, N. M. S. C. Formação pedagógica de professores de medicina. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Jan.-fev. 2010. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 18 out. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA SP (CREMESP). Salários aviltantes. **Jornal do CREMESP**, São Paulo, n. 245, n. 2, 2008.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA SP (CREMESP). Demografia médica no Brasil: relatório de pesquisa. **Jornal do CFM/CREMESP**, dez. 2011.

DEMO, P. **Conhecer e aprender: sabedorias dos limites e desafios**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DEMO, P. **A educação do futuro e o futuro da educação**. Campinas: Autores Associados, 2005.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.). **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

DUBAR, C. **Formação dos médicos generalistas: transmissão e construção dos saberes profissionais**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2011.

FAGUNDES, N. C.; BURNHAM, T. F. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. **Interface**, v. 9, n. 16, p. 105-14, 2005.

FEUERWERKER, L. **Além do discurso de mudança na educação médica**. São Paulo: Hucitec, 2002.

FEUERWERKER, L. **As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2011.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

GARLET, E. R; LIMA, M. A. D. DA S.; SANTOS, J. L. G; MARQUES, G. Q. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-272, abr.-jun. 2009.

GOLDIM, J. R. **Aspectos éticos da assistência em situações de emergência e urgência**. Porto Alegre: UFRS, 2003.

GOMES, C. C. **Diário de Santa Maria**, n. 11.848, 21 nov. 2013.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudanças na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio der Janeiro, v. 20, n. 2, 2010.

GRANEMANN, S. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Org.). **Modelos de gestão e agenda para a saúde**. Rio de Janeiro: Rede Sirius – ADUFRJ SSind, 2008.

HOUAISS, A.; VILLAR M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IRAOSI, G. **The power of survey design: a user's guide for managing surveys, interpreting results, and influencing respondents**. Washington, D.C.: The World Bank, 2006.

IRBY, D. M. What clinical teachers in medicine need to know. **Academic Medicine**, v. 69, p.333-342, 1994.

JACQUEMOT, A. G. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

JULIATTO, C. I. **Parceiros educadores: estudantes, professores, colaboradores e dirigentes**. Curitiba: Champagnat, 2007.

KISIL, M. **A comparative assessment of the ATS Projects in Latin America and their impact in the health sector**. Washington, 1985. Thesis (Doctor of Public Administration) – George Washington University, 1985.

LAMPERT, J. B. Currículo de graduação e o contexto da formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 24, n. 3, p. 7-19, 2000.

LIBÂNEO, J. C. **Didática e trabalho docente: a mediação didática do professor nas aulas**. Goiânia: CEPED, Ed. PUC GO, 2011.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface**, v. 9, n. 17, p. 369-379, 2005.

MARTINS, H. H. T. de S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 2, p.289-300, maio-ago. 2004.

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

MEDICE, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. Trabalho realizado no Banco Interamericano de Desenvolvimento, Washington, D. C. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 2, p. 149-56, 2001.

MELO, E. M. C.; ASSUNÇÃO, A. A.; FERREIRA, R. A. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 12, p. 3000-3010, dez. 2007.

MERHY, E. E. Perspectivas de regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Revista Ciência e Saúde**, v. 9, n. 2, 2004.

MILLS, J. E.; FRANCIS, K. L.; BONNER, A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses: a review of the literature. **Rural Remote Health**, v. 5, n. 3, p. 410, 2005.

MILLES, M. B.; HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis: an expanded sourcebook**. London: Sage, 1994.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: subsídios para integrar teoria e prática na formação profissional. O que dizem os trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS, 7., 2008, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 2008.

MISSAKA, H.; BRANT, V. M. B. **A prática pedagógica dos preceptores do internato em emergência e medicina intensiva de um serviço público não universitário**. Rio de Janeiro: NUTES, UFRJ, 2010.

MOHR, A. **A formação pedagógica dos profissionais da área da saúde**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2011.

MONTEIRO, D. M.; LEHER, E. M. T.; RIBEIRO, V. M. B. **Da educação continuada à educação permanente: a construção do modelo de formação pedagógica para preceptores de internato médico**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2011.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MORAES, V. A.; PEREIRA, E. R. S. Implantação do novo internato da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás na rede básica de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, Suplemento 1, p. 334, 2007.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: Unesco, 2001.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. **Saúde do médico**. 2004. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em: 30 dez. 2013.

OLABUENAGA, J. I. R.; ISPIZUA, M. A. **La descodificacion de la vida cotidiana: metodos de investigacion cualitativa**. Bilbao: Universidad de Deusto, 1989.

PATEY, R. E. Identifying and assessing non-technical skills. **The Clinical Teacher**, v. 5, p. 40-44, 2008.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde e a interface entre trabalho e interação**. 1998. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001.

PEREIRA, E. R. S.; MOREIRA, M. A. C. Estratégias para implantação do ensino de clínica médica e pediatria na unidade básica de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, Suplemento 1, p. 261, 2007.

PERRENOUD, P. **A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PIMENTA, S. G.; LIMA, M. S. L. **Estágio e docência**. São Paulo: Cortez, 2004.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. **Docência no ensino superior**. São Paulo: Cortez, 2002.

REGO, S. **A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

RYAN-NICHOLLS K. Preceptor recruitment and retention. **Can Nurse**, v. 100, n. 6, p. 19-22, 2004.

SANTOS, T. S. **Relações de gênero na medicina: características do trabalho profissional e as interfaces com a vida doméstica**. Porto Alegre, UFRGS, 2008.

SHIROMA, L. M. B. **Classificação de risco em serviço de emergência no contexto da política nacional de humanização do SUS: um desafio para enfermeiros/as**. 2008. 117f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SILÉN, C.; KIESSLING, A.; SPAAK, J.; HENRIKSSON, P. The experience of physician supervision with clerkship students: a qualitative study. **International Journal of**

Medical Education, v. 2, p. 56-63, 2011.

SILVA, G. T. R. da; ESPÓCITO, V. H. C.; NUNES, D. M. Preceptorial: um olhar sobre a ótica fenomenológica. **Acta Paulista de Enfermagem**, Unifesp, v. 21, n. 3, p. 460-465, 2008.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2001. p.19-20.

SILVA, G. C. C. Atributos de preceptores de programas de residência médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, Suplemento 2, p. 37, jul.-set., 2008.

SOUZA, K. de O.; LITTIKE, D.; SODRÉ, F. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)**: [re] afirmação de um modelo de gestão. Belo Horizonte: UFES, 2013.

STAKE, R. **Case studies**. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The handbook of qualitative research**. 2nd. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000. p. 435-54.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 1998.

TAVEIRA, M. G. M.; CAVALCANTI, S. M. S. Analisando o internato em atenção básica da Faculdade de Medicina Universidade Federal de Alagoas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, Suplemento 1, p. 388, 2007.

TEIXEIRA, G. de S. P.; RABELLO, G. M.; COSTA, F. S.; VIEIRA, F. F.; REZENDE, D. F. Perfil da saúde dos médicos e do exercício profissional na cidade de Barbacena/MG. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 18, n. 2, p. 100-107, 2008.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças seus objetivos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.3, p. 507-514, 2005.

UFG – Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Medicina. Comissão de Educação Médica. **Diretrizes em métodos de ensino e avaliação do processo de ensino-aprendizagem do curso de medicina da UFG**. 2010. Disponível em: <www.medicina.ufg.br>. Acesso em: 13 set. 2013.

UFG – Universidade Federal de Goiás. **Regimento Interno do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás**. Disponível em: <www.hc.ufg.br>. Acesso em: 21 abr. 2013.

UFG – Universidade Federal de Goiás. **Resolução Cepec nº 1.046**: Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, nível Mestrado, da Faculdade de Medicina. MEC/UFG. Goiânia, 4 jul. 2011.

VALE, V. C. S.; PINA, L. C. O perfil da participação dos acadêmicos de medicina da UFJF em eventos científicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Ja-

neiro, v. 31, n. 2, Suplemento 1, p. 491, 2007.

WHITMAN, N. A.; SCHWENK, T. L. **Preceptors as teachers:** a guide to clinical teaching. Department of Family Practice University of Michigan Medical Center, Utah Univ., Salt Lake City, School of Medicine. 1984.

VALENTIM, M. R. S.; SANTOS, M. L. S. C. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.383-386, jan.-mar. 2007.

WEHBE, G.; GALVÃO, M. C. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 2-9, 2001.

WUILLAUME, S. M. **O processo ensino aprendizagem na residência médica em pediatria:** uma análise. 2000. Tese (Doutorado) – Rio de Janeiro: IFF, Fiocruz, 2000.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: **Percepções sobre a Preceptoría dos Profissionais de Saúde no Serviço de Emergência Hospitalar**, vinculada ao MEPES (Mestrado Profissional de Ensino na Saúde) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

Pesquisadora: Mestranda Elisete Regina Rubin de Bortoli Sant'Ana, enfermeira (Corren-Go 49795) sob orientação da Prof^aDr^a Edna Regina da Silva Pereira.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA

O Sr (a) está sendo convidado (a) participar de uma investigação cujo objetivo geral é analisar a percepção de médicos e enfermeiros de um Hospital Público Universitário sobre o exercício da preceptoría desenvolvida no serviço de urgência e emergência.

O projeto desta investigação foi analisado e aprovado por uma Comissão de Ética em Pesquisa em seres humanos, conforme preconizado pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Detalhamento dos procedimentos: Você participará deste estudo respondendo a uma entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro com perguntas abertas que serão gravadas pela pesquisadora após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sobre as percepções da preceptoría dos profissionais de saúde no serviço de urgência e emergência hospitalar. Você não receberá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação na pesquisa. Você terá total liberdade de se recusar a participar ou retirar o consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer prejuízo ou penalidade.

Riscos: Os riscos desta pesquisa relacionados à sua participação são reduzidos, podendo ocorrer emocionalmente, considerando como não temos como prever as implicações que as perguntas podem ocasionar nas pessoas, mesmo não tendo caráter de constrangimento, uma vez que o sigilo em relação à identidade dos mesmos será resguardado. O único inconveniente é o tempo que os profissionais de saúde investigados irão utilizar para a realização da entrevista.

Benefícios: **1-** Contribuir para o entendimento da preceptoría exercida nas atividades de trabalho dos profissionais de saúde, podendo gerar mudanças de atitudes e comportamentos favoráveis ao exercício da preceptoría no Serviço de Emergência de um Hospital Universitário. **2-** Refletir sobre as atividades de preceptoría exercidas pelos profissionais de saúde no Serviço de Emergência de um Hospital Universitário.

Esperamos com este estudo compreender melhor quem são e o que pensam os médicos e enfermeiros de um serviço de urgência e emergência de um hospital universitário do ponto de vista da percepção sobre a preceptoría, e, desta maneira, clarear seus anseios e responder suas dificuldades no exercício de suas atividades. Desta forma, poder contribuir na construção de um ambiente que favoreça o

processo ensino-aprendizagem em situações de emergência e urgência, melhorando a atividade de preceptoria que é fundamental para a formação dos novos profissionais de saúde e sugerir com base nos resultados, um programa de educação permanente para a preceptoria no serviço de urgência e emergência.

Asseguramos que, em momento algum, o (a) senhor (a) ou o estabelecimento ao qual está vinculado serão identificados na pesquisa. Garantimos que os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros. Fica garantido, também o direito de ser mantido informado sobre os resultados parciais e finais.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Elisete Regina Rubin de BortoliSant'Ana, no telefone (62) 3269-8305 e e-mail: elishc@ig.com.br, ou de sua orientadora Profª Dra. Edna Regina Silva Pereira, no telefone (62) 3209 6148 ou e-mail: ersp13@gmail.com.br. E, em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269-8338/3269-8426 ou no endereço: 1ª Avenida S/Nº Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar.

Caso o Sr (a) concorde em participar do estudo, peça-lhe o obséquio de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias. Uma é sua e a outra do pesquisador responsável.

Colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento que julgar necessário.

Elisete Regina Rubin de BortoliSant'Ana

Pesquisadora Responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu,

RG: _____

_____, CPF: _____, abaixo assinado, concordo em participar como sujeito voluntário, do estudo: PERCEPÇÕES SOBRE A PRECEPTORIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA HOSPITALAR. Declaro que fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Enf^a. Elisete Regina Rubin de Bortoli Sant'Ana sobre a pesquisa a ser realizada, que compreendi as informações e os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Concordo que as informações por mim prestadas sejam utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa, que sejam analisadas por pessoas autorizadas pelo pesquisador, assim como a publicação dos dados que tenham relação com o estudo. Estou ciente de que a qualquer momento posso retirar meu consentimento sem risco de qualquer constrangimento ou penalidade.

Local e data: Goiânia, ____ de _____ de 2012.

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:

Assinatura Dactiloscópica:

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B: CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DOS PROFISSIONAIS INVESTIGADOS

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: Masc. () Fem. ()

Profissão: Médico () Enfermeiro ()

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL:

Pós-Graduação: Especialização () Mestrado() Doutorado()

Vínculo Empregatício: UFG () SMS () () SES FUNDACH () SERVIÇO PRESTADO () Outro () _____

Tempo que trabalha na Instituição: _____

Tempo que trabalha no Serviço de Emergência do H. C. : _____

Tem outra atividade de trabalho: Sim () Não ()

Se SIM. Qual ou quais? _____

Qual sua carga horária de trabalho por semana? _____

FORMAÇÃO PRECEPTORIA:

Recebeu formação para a função de PRECEPTOR: Sim () Não ()

Se SIM. Qual? _____

Instituição que ministrou o treinamento: UFG () Outra Instituição de Ensino ()

Quanto tempo do seu trabalho dedica à preceptoria: _____

Você recebe remuneração para exercer a preceptoria: Sim () Não ()

APÊNDICE C: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

NOME: _____ DADE: _____

DIA DA ENTREVISTA: _____

INICIO DA ENTREVISTA: _____ FINAL DA ENTREVISTA: _____

NOME ENTREVISTADOR: _____

LOCAL: _____

1. O que significa ser preceptor para você?
2. Você poderia me descrever sobre as atividades de preceptoria que exerce no cotidiano do seu trabalho, no serviço de urgência e emergência do Hospital das Clínicas?
3. Qual a sua percepção em relação à preceptoria exercida no serviço de urgência e emergência?
4. Em sua opinião qual a contribuição da preceptoria para o exercício da sua profissão de Médico/Enfermeiro?
5. Explique as facilidades encontradas no exercício da preceptoria no serviço de urgência e emergência?
6. Explique as dificuldades encontradas no exercício da preceptoria neste serviço?
7. Como você se sente exercendo a função de médico ou enfermeiro e preceptor no serviço de urgência e emergência?
8. Em sua opinião o que seria necessário para melhorar a preceptoria no serviço de urgência e emergência do Hospital das Clínicas?
9. Se você gostaria de acrescentar mais algum comentário sobre a preceptoria no Pronto Socorro?

APÊNDICE D: TRANSCRIÇÃO DE UMA ENTREVISTA: ENTREVISTA DE UM MÉDICO

Entrevista 01 – Médico

Gravação 16 Médico 8

1- O que significa ser preceptor para você?

É uma grande responsabilidade, ou seja, atuar na formação dos novos alunos e os médicos recém-formados, então, para mim significa uma responsabilidade muito grande na formação de pessoas que estão iniciando na carreira como médicos.

2- Você poderia me descrever quais são as atividades de preceptoria que exerce no cotidiano do seu trabalho, no serviço de urgência e emergência do Hospital das Clínicas?

É orientação de atendimento a pacientes, orientação de como o médico recém-formado e os médicos que estão sendo formados e os acadêmicos, como eles devem se portar perante o paciente, é ensinar também como eles devem examinar o paciente, se aproximar, é o primeiro contato que a maioria deles tem com o paciente, então, a maioria das vezes são estas orientações que a gente passa para eles.

3- Qual a sua percepção em relação à preceptoria exercida no serviço de urgência e emergência?

Eu acho que falta uma, uma formação para os preceptores, a maioria deles não tem formação, não tem nenhum, não estudou para ser preceptor, estudou para ser médico, e aí acaba tendo essa função, e até meio como uma obrigação, por ser um hospital escola, então eu acho que falta ainda, formação mesmo para os preceptores.

4-Em sua opinião qual a contribuição da preceptoria para o exercício da sua profissão de médico?

Ah, eu acho que a contribuição é enorme, né, desde como você aborda o paciente, o primeiro contato que você tem, até o treinamento de que você tem que estudar e saber que muitas vezes a prática é um pouco diferente do que você aprende no livro, e isso por em prática o que você estudou no livro, eu acho de extrema importância para formação do indivíduo, essa é a minha opinião.

5- Explique as facilidades encontradas no exercício da preceptoria no serviço de urgência e emergência?

Bom, facilidades, eu não vejo muitas facilidades, não, o nosso tempo é escasso, nós não temos muito tempo, para ensinar os alunos, o movimento do pronto socorro é

muito grande, eu não vejo muitas facilidades não, a facilidade deles estarem interessados em aprender e de estarem sempre perguntando, mas facilidades em termo de espaço físico, disso nós não temos aqui.

6- Explique as dificuldades encontradas no exercício da preceptoria neste serviço?

Ah, o local é muito insalubre aqui, faltam condições de atendimento, muitas vezes você não tem material pra atender os pacientes, aqui na ortopedia que é o meu caso, chegou várias vezes não ter gesso, não ter faixa crepe, crepom, não ter material básico para atendimento num pronto socorro, então as condições de falta equipamento, falta de um lugar adequado para você poder atender os pacientes. E para o exercício da preceptoria? É eu acho que uma coisa está interligada a outra, a preceptoria envolve o que: você ensinar a prática, e se você não tem um local adequado para atender esses pacientes esses doentes, você, isso acaba dificultando também o trabalho do preceptor.

7-Como você se sente exercendo a função de médico e preceptor no serviço de urgência e emergência?

Ah, eu me sinto sobrecarregado são duas funções, na verdade então é uma sobrecarga de serviço, não deixa de ser, atrapalha o atendimento porque você tem que ser mais lento, você tem que explicar muitas vezes, então é, onde existe uma dificuldade sim, é muito, seria muito mais simples, muito mais rápido até o meu atendimento aquire eu não tivesse que ensinar todos os pacientes que entram para os residentes e para os internos.

8-Em sua opinião o que seria necessário para melhorar a preceptoria no serviço de urgência e emergência do Hospital das Clínicas?

Bom, é além do problema de material, espaço físico, que eu falei, eu acho que deveria ter um curso de formação de preceptores, para ensinar todos os preceptores, como eles devem fazer no dia a dia, para se lidar com os alunos, que isso fica sendo uma coisa muito pessoal, as pessoas que tem mais facilidade em se comunicar em ensinar e gostam mais, tem mais facilidade do que outras.

9-Se você gostaria de acrescentar mais algum comentário sobre a preceptoria no pronto Socorro?

Olha, eu acho que falta apoio da direção do hospital principalmente no Pronto Socorro, é a porta de entrada do hospital, ela não pode ser um local tão insalubre, com pacientes no corredor muitas vezes sem leitos para atender, muitas vezes sem material, como eu já disse, então eu acho que falta um pouco de apoio da direção do hospital.

APÊNDICE-E: EXEMPLOS DE CITAÇÕES NATURAIS DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS QUE CONTRIBUÍRAM NA ELABORAÇÃO DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS (TABELAS DE SATURAÇÃO)

1. SIGNIFICADOS DE SER PRECEPTOR

Ensino:

Ensinar, ensinar na prática, transmitir conhecimentos e orientar graduandos e pós-graduandos. 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15 – 100% (15/15)

Formação profissional:

Contribuir ou responsabilizar pela formação profissional, humana e ética e adquirir experiência profissional. 3,4,5,6,7,8,9,12,13 – 60%% (9/15)

Apoiar o estudante. 6,9 -13,3% (2/15)

2. ATIVIDADES DE PRECEPTORIA

Orientação das atividades da prática médica

Discutir casos clínicos e cirúrgicos. 1,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15 - 86,6% (13/15)

Discutir aspectos éticos. 5,6,10 - 20% (3/15)

Discutir a solicitação de exames complementares. 1,10- 13,3% (2/15)

Orientar a realização de procedimentos clínicos e cirúrgicos. 1,2,4,5,6,8,9,11,12,13,14,15 - 80% (12/15)

Orientar a realização da admissão, anamnese, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução médica. 1,4,5,6,8,9,10,13,14,15 - 66,6% (10/15)

Realizar as atividades práticas da medicina. 4,5,7,8,14 - 33,3 % (5/15)

Orientação pedagógica:

Realizar atividades de ensino (seminários, leitura de artigos). 7,9,11 - 20% (3/15)

3. CONTRIBUIÇÃO/BENEFÍCIOS DA PRECEPTORIA PARA O PRECEPTOR

Desenvolvimento Profissional:

No estímulo a continuidade da aprendizagem/ensino. 1,2,3,5,7,9,10,11,13,14,15 – 73,3% (11/15)

Na troca, busca e atualização de conhecimentos em conjunto (estudante/professor). 3,4,5,6,7,9,10,11,12,14 - 66,6% (10/15)

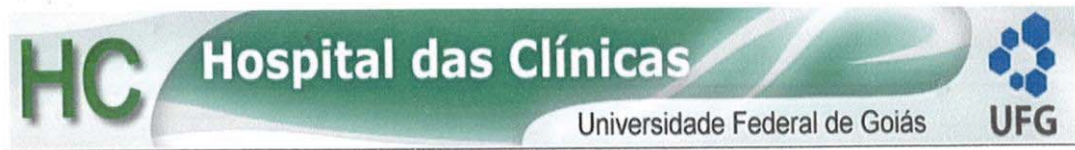
Crescimento profissional. 4,5,11 – 20% (3/15)

Realização pessoal

Para a realização pessoal. 2,6,8,9,11 33,3% (5/15)

ANEXOS

ANEXO A: AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PROTOCOLO CEP/HC/UFG Nº 045/2012

Goiânia, 13/11/2012

Nº CAAE PLATAFORMA BRASIL: 08083112.8.0000.5078

TÍTULO: *“Percepções sobre a preceptoria dos profissionais da saúde no serviço de emergência hospitalar”.*

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL: *Enfermeira: Elisete Regina Rubin de Bortoli Santana*

ORIENTADORA: *Prof.^a Edna Regina Silva Pereira*

Área Temática: *Grupo III*


Área de conhecimento: *Ciências da Saúde/Enfermagem*

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa **analisou** e **aprovou** o projeto de pesquisa acima referido, juntamente com os documentos apresentados e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

Informamos que **não há** necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

O pesquisador responsável deverá **encaminhar ao CEP/HC/UFG, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais** do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão (ões) e publicação (ões).

O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (*Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – Item 13*).


Farm. José Mário Coelho Moraes
Coordenador do CEP/HC/UFG

ANEXO B: NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGO

Escopo e política

A **Revista Brasileira de Educação Médica** é a publicação oficial da **ABEM**, de periodicidade trimestral, e tem como Missão publicar debates, análises e resultados de investigações sobre temas considerados relevantes para a Educação Médica. Serão aceitos trabalhos em português, inglês ou espanhol

Envio de manuscritos

Submissão online

Os manuscritos serão submetidos à apreciação do Conselho Científico apenas por meio eletrônico através do sítio da Revista (<http://www.educacaomedica.org.br>). O arquivo a ser anexado deve estar digitado em um processador de textos MS Word, página padrão A4, letra padrão Arial 11, espaço 1,5 e margens de 2,0 cm a Direita, Esquerda, Superior e Inferior com numeração seqüencial de todas as páginas.

Não serão aceitas Notas de Rodapé. As tabelas e quadros devem ser de compreensão independente do texto e devem ser encaminhadas em arquivos individuais. Não serão publicados questionários e outros instrumentos de pesquisa

Avaliação dos originais

Todo original recebido é avaliado por dois pareceristas cadastrados pela RBEM para avaliação da pertinência temática, observação do cumprimento das normas gerais de encaminhamento de originais e avaliação da qualidade científica do trabalho. Os conselheiros têm um prazo de 20 dias para emitir o parecer. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: aprovado como está; favorável a publicação, mas solicitando alterações; não favorável a publicação. Todo Parecer incluirá sua fundamentação.

No caso de solicitação de alterações no artigo, estes poderão ser encaminhados em até 120 dias. Após esse prazo e não havendo qualquer manifestação dos autores o artigo será considerado como retirado. Após aprovação o artigo é revisado ortográfica e gramaticalmente. As alterações eventualmente realizadas são encaminhadas para aprovação formal dos autores antes de serem encaminhados para publicação. Será realizada revisão ortográfica e gramatical dos resumos e títulos em língua inglesa, por revisor especializado.

Forma e preparação de manuscritos

1. Artigos originais: (limite de até 6.000 palavras, incluindo texto e referências e excluindo

tabelas, gráficos, folha de rosto, resumos e palavras-chave).

1.1. Pesquisa - artigos apresentando resultados finais de pesquisas científicas;

1.2. Ensaio - artigos com análise crítica sobre um tema específico relacionado com a Educação Médica;

1.3. Revisão - artigos com a revisão crítica da literatura sobre um tema específico.

2. Comunicações: informes prévios de pesquisas em andamento - Extensão do texto de 1.700 palavras, máximo de 1 tabela e 5 referências.

3. Documentos: documentos sobre política educacional (documentos oficiais de colegiados oficiais) - Limite máximo de 2.000 palavras.

4. Relato de experiência: artigo apresentando experiência inovadora no ensino médico acompanhada por reflexão teórica pertinente - Limite máximo de 6.000 palavras.

5. Cartas ao Editor: cartas contendo comentários sobre material publicado - Limite máximo de 1.200 palavras e 3 referências.

6. Teses: resumos de dissertações de mestrado ou teses de doutoramento/libre-docência defendidas e aprovadas em Universidades brasileiras ou não (máximo de 300 palavras). Os resumos deverão ser encaminhados com o Título oficial da Tese, informando o título conquistado, o dia e o local da defesa. Deve ser informado igualmente o nome do Orientador e o local onde a tese está disponível para consulta e as palavras-chave e key-words.

7. Resenha de livros: poderão ser encaminhadas resenhas de livros publicados no Brasil ou no exterior - Limite máximo de 1.200 palavras

8. Editorial: o editorial é de responsabilidade do Editor da Revista, podendo ser redigido a convite - Limite máximo de 1.000 palavras.

Estrutura:

- Título do trabalho (evitar títulos longos) máximo de 80 caracteres, incluindo espaços - deve ser apresentada a versão do título para o idioma inglês. Apresentar um título resumido para constar no alto da página quando da publicação (máximo de 40 caracteres, incluindo espaços)

- Nome dos autores: A Revista publicará o nome dos autores segundo a ordem encaminhada no arquivo.

- Endereço completo de referência do(s) autor(es), titulação, local de trabalho e e-mail. Apenas os dados do autor principal serão incluídos na publicação. - Resumo de no máximo 180 palavras em português e versão em inglês.

Quando o trabalho for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um resumo nesse idioma.

- Palavras chave: mínimo de 3 e máximo de 8, extraídos do vocabulário **DECS** - Descrito-

res em Ciências da Saúde para os resumos em português (disponível em <http://decs.bvs.br/>) e do **MESH** - Medical SubjectHeadings, para os resumos em inglês (disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

Os autores deverão informar que organizações de fomento à pesquisa apoiaram os seus trabalhos, fornecendo inclusive o número de cadastro do projeto.

No caso de pesquisas que tenham envolvido direta ou indiretamente seres humanos, nos termos da Resolução nº 196/96 do CNS os autores deverão informar o número de registro do projeto no SISNEP.

Referências

As referências, cuja exatidão é de responsabilidade dos autores, deverão ser apresentadas de modo correto e completo e limitadas às citações do texto, devendo ser numeradas segundo a ordem de entrada no texto, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Revistas Médicas (InternationalCommitteeof Medical JournalEditors). Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos. Disponível em: <http://www.icmje.org>

Toda citação deve incluir, após o número de referência, a página(s). Ex: xxxxxx1 (p.32).

Recomendamos que os autores realizem uma pesquisa na Base Scielo com as palavras-chave de seu trabalho buscando prestigiar, quando pertinente a pesquisa nacional

Exemplos:

Artigo de Periódico

Ricas J, Barbieri MA, Dias LS, Viana MRA, Fagundes EDL, Viotti AGA, et al. Deficiências e necessidades em Educação Médica Continuada de Pediatras em Minas Gerais. RevBrasEducMéd1998;22(2/3)58-66.

Artigo de Periódico em formato eletrônico

Ronzani TM. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: qual o papel das crenças?.RevBrasEducMed [online].2007. 31(1) [capturado 29 jan. 2009]; 38-43. Disponível em: http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/reforma_curricular.pdf

Livro

Batista NA, Silva SHA. O professor de medicina. São Paulo: Loyola, 1998.

Capítulo de livro

Rezende CHA. Medicina: conceitos e preconceitos, alcances e limitações. In: Gomes DCRG, org. Equipe de saúde: o desafio da integração. Uberlândia:Edufu;1997. p.163-7.

Teses, dissertações e monografias

Cauduro L. Hospitais universitários e fatores ambientais na implementação das políticas de saúde e educação: o caso do Hospital Universitário de Santa Maria. Rio de Janeiro; 1990. Mestrado [Dissertação] - Escola Brasileira de Administração Pública.

Trabalhos Apresentados em Eventos

Carmargo J. Ética nas relações do ensino médico. Anais do 33. Congresso Brasileiro de Educação Médica. 4º Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico; 1995 out. 22-27; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre: ABEM; 1995. p.204-7.

Relatórios Campos

MHR. A Universidade não será mais a mesma. Belo Horizonte: Conselho de Extensão da UFMG; 1984. (Relatório)

Referência legislativa

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

A bibliotecária da ABEM promove a revisão e adaptação dos termos fornecidos pelos autores aos índices aos quais a Revista está inscrito.

As contribuições serão publicadas obedecendo a ordem de aprovação do Conselho Editorial.

Declaração de Autoria e de Responsabilidade

Todas as pessoas designadas como autores devem responder pela autoria dos manuscritos e ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Para tal, deverão encaminhar, após a aprovação do artigo, a seguinte Declaração de autoria e de Responsabilidade:

"Declaro que participei de forma suficiente na concepção e desenho deste estudo ou da análise e interpretação dos dados assim como da redação deste texto, para assumir a autoria e a responsabilidade pública pelo conteúdo deste artigo. Revi a versão final deste artigo e o aprovei para ser encaminhado a publicação. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo substancialmente semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido a apreciação do Conselho Editorial de outra revista".

Artigos com mais de um autor deverão conter uma exposição sobre a contribuição específica de cada um no trabalho.

Ética em Pesquisa

No caso de pesquisas iniciadas após janeiro de 1997 e que envolvam seres humanos nos termos do inciso II.2 da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde ("pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua tota-

lidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais") deverá encaminhar, após a aprovação, documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde ela foi realizada.

No caso de instituições que não disponham de Comitês de Ética em Pesquisa, deverá apresentar a aprovação pelo CEP onde ela foi aprovada.

Conflitos de Interesse

Todo trabalho deverá conter a informação sobre a existência ou não de algum tipo de conflito de interesses de qualquer dos autores. Destaque-se que os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, incluindo também o próprio vínculo empregatício. (Para maiores informações consulte o site do International Committee of Medical Journal Editors <http://www.icmje.org/#conflicts>)

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Av. Brasil 4036, 1006/1008 - Manginhos
 Cep.: 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
 Tel.: +55 21 2260-6161 / 2573-0431
 Fax: +55 21 2260-6662



revista@abem-educmed.org.br