



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

**MÉDICO-DOCENTE: REFLETINDO SOBRE SUA PRÁTICA PEDAGÓGICA NO
INTERNATO**

JOSÉ ANTONIO NASCIMENTO BRESSA

Presidente Prudente - SP
2018



**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

**MÉDICO-DOCENTE: REFLETINDO SOBRE SUA PRÁTICA PEDAGÓGICA NO
INTERNATO**

JOSÉ ANTONIO NASCIMENTO BRESSA

Dissertação apresentada à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade do Oeste Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora:
Profª Drª Raimunda Abou Gebran

Co-orientador:
Prof. Dr. Rinaldo Henrique Aguilard-da-Silva

370
B843m Bressa, José Antonio Nascimento
Médico-docente: refletindo sobre sua prática pedagógica
no internato /José Antonio Nascimento Bressa --
Presidente Prudente, 2018.
76 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Educação) -Universidade
do Oeste Paulista – Unoeste, Presidente Prudente, SP,
2018.
Bibliografia.
Orientadora: Raimunda Abou Gebran

1. Professor pesquisador. 2. Formação docente. 3.
Redes Sociais. 4. Grupo de pesquisa. I. Título.

JOSÉ ANTONIO NASCIMENTO BRESSA

**MÉDICO-DOCENTE: REFLETINDO SOBRE SUA PRÁTICA PEDAGÓGICA NO
INTERNATO**

Dissertação apresentada à Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade do Oeste Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora:

Profª Drª Raimunda Abou Gebran

Co-orientador:

Prof. Dr. Rinaldo Henrique Aguiar-da-Silva

Presidente Prudente, 11 de abril de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora Profa. Dra. Raimunda Abou Gebran
Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE
Presidente Prudente - SP

Profa. Dra. Camélia Santana Murgu
Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE
Presidente Prudente - SP

Profa. Dra. Raquel Lazzari Leite Barbosa
Programa de Pós-Graduação em Educação - UNESP Marília.
Marília - SP

DEDICATÓRIA

Dedico esta conquista ao meu amado pai, pelo exemplo de persistência e trabalho. Sempre me ensinou a ser honesto e batalhador. Você sempre foi e será minha grande inspiração.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me possibilitar realizar este sonho a tanto acalentado. Agradeço a minha família, que sempre me deu apoio e incentivo, especialmente à minha mãe, pelo exemplo profissional de retidão e dedicação. Agradeço ainda a minha esposa Rebeca, meu grande amor, que teve muita paciência e soube entender e me ajudar em todos os momentos. Agradeço à minha secretária Ithiara pela inestimável ajuda no trabalho.

Porém este trabalho só foi possível graças ao apoio da minha orientadora Prof. Raimunda, profissional que de fato merece o título de professora, pois exerce a sua profissão com maestria e delicadeza, sendo para mim uma professora inesquecível.

RESUMO

Médico-docente: refletindo sobre sua prática pedagógica no internato

O trabalho docente do profissional médico no estágio curricular obrigatório em regime de internato, traz reflexões e questionamentos sobre os dilemas existentes entre a sua atuação pedagógica e o atendimento ao doente. O objetivo da pesquisa foi analisar a ação do médico-docente em sua prática pedagógica cotidiana, buscando compreender sua identidade, concepções e experiências educativas. Trata-se de pesquisa qualitativa, (estudo de caso), envolvendo os docentes do internato de uma Universidade privada do interior do estado de São Paulo. Os procedimentos da pesquisa foram: aplicação de questionário, entrevista com roteiro semiestruturado e observação da ação docente no internato. A análise de dados (análise de conteúdo) buscou caracterizar a ação do médico-docente na construção de sua identidade profissional, desvelar as relações didático-pedagógicas e assistenciais no desenvolvimento das atividades cotidianas, avaliar o processo didático-pedagógico, destacar os limites e possibilidades no internato. As análises das ações do médico-docente quanto à assistência ao paciente e ensino ao aluno demonstraram o desejo nos docentes de se apoderarem de recursos pedagógicos e didáticos de forma a garantir um ensino de melhor qualidade. Claramente observamos uma maior desenvoltura na ação médica quando comparada à ação docente.

Palavras chave: Internato. Ensino médico. Médico-docente. Preceptor

ABSTRACT

Medical-teacher: reflecting on his pedagogical practice on the internship

The teaching work of the medical professional in the compulsory curricular internship, brings reflections and questions about the dilemmas existing between his pedagogical performance and patient care. The objective of the research was to analyze the action of the doctor-teacher in his daily pedagogical practice, seeking to understand his identity, conceptions and educational experiences. This is a qualitative research (case study), involving the teachers of the boarding school of a private university in the interior of the state of São Paulo. The research procedures were: application of questionnaire, interview with semi-structured script and observation of the teaching action at boarding school. The analysis of data (content analysis) sought to characterize the action of the doctor-teacher in the construction of their professional identity, to unveil the didactic-pedagogical and assistance relationships in the development of daily activities, to evaluate the didactic-pedagogical process, to highlight the limits and possibilities. The analysis of the doctor-teacher's actions regarding patient care and student teaching demonstrated the desire of teachers to acquire pedagogical and didactic resources in order to guarantee better quality teaching. Clearly we observed a greater ease in the medical action when compared to the teaching action.

Keywords: Internship. Medical teaching. Medical-teaching. Preceptor.

LISTA DE SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
APP	Aplicativo portátil
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNE	Conselho Nacional de Educação
IES	Instituição de Ensino Superior
IRaMuTeQ	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
MEC	Ministério de Educação
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana Assistência à Saúde
OSCE	Objective Structured Clinical Examination
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior
SUS	Sistema único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPU	Teste de Progresso Unificado
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Caracterização dos Participantes.....	51
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Análise de Similitude A	57
Figura 2 - Análise de Similitude B	58
Figura 3 - Nuvem de Palavras.....	60

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	CONTEXTUALIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL	20
1.1	Breve contextualização histórica	20
1.2	A primeira organização institucional dos cursos de Medicina.....	23
1.3	As novas proposições legais e curriculares para a educação médica	26
1.4	O ser médico-docente	29
2	O CONTEXTO DA PESQUISA: ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA INSTITUIÇÃO E DO HOSPITAL	35
3	METODOLOGIA DA PESQUISA	43
3.1	Participantes da pesquisa.....	43
3.2	Procedimentos da pesquisa	44
3.2.1	Análise documental.....	44
3.2.2	Aplicação de questionário.....	44
3.2.3	Entrevista com roteiro semiestruturado	45
3.2.4	Observação da prática docente	46
3.3	Análise dos dados	46
4	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	51
4.1	Caracterização dos docentes	51
4.2	Análise categorial dos discursos dos docentes	52
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICES.....	73

INTRODUÇÃO

O trabalho docente do profissional médico, em especial no estágio curricular obrigatório em regime de internato, traz, no dia a dia, reflexões e questionamentos sobre os dilemas existentes entre a sua atuação pedagógica e o atendimento ao doente.

A Resolução nº 3 do Ministério da Educação de 20/06/2014 (BRASIL, 2014) que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, em seu artigo 24 regulamenta o funcionamento do internato e estabelece que a formação em Medicina incluirá, como etapa integrante da graduação, o estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, sob supervisão, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme previsto no art. 12 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Medicina

O Internato é o último ciclo do curso de graduação em Medicina, livre de disciplinas acadêmicas, durante o qual o estudante deve receber treinamento intensivo, contínuo, sob supervisão docente, em instituição de saúde vinculada, ou não, à escola médica. (BRASIL, 2014)

O treinamento em serviço surge no Brasil no começo da década de 40, pois se buscava um método de ensino baseado no modelo Flexeneriano, adotado nos Estados Unidos. Durante a década de 50 houve um avanço desta metodologia e, em 1969, se normatiza a obrigatoriedade de um período prático com características especiais no final da formação acadêmica dos cursos de graduação em Medicina (BRANT, 2008).

Garcia (1972) caracteriza o internato como uma fase de transição entre a condição de estudante e a de médico. Marcondes e Mascaretteli (1998, p.160) preferem conceituá-lo como uma “metodologia de ensino baseada no aprendizado em serviço, obrigatório nos dois últimos semestres de graduação, podendo ocorrer em outros momentos”

Missaka e Ribeiro (2011) acreditam que as Diretrizes Curriculares Nacionais mudaram a visão e a imagem do médico do ponto de vista de sua função

na sociedade e tipo de formação necessária dentro de paradigmas modernos e afirmam:

Essa legislação recomenda a formação de um médico generalista, humanista, crítico e reflexivo, pautado em princípios éticos, capaz de atuar no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania. Recomenda também a realização do treinamento em diferentes cenários e níveis hierárquicos de atenção para superar o modelo científico moderno da Medicina: formação especializada, fragmentada, centralizada no órgão doente e não no doente, dependente de tecnologia e elegendo o hospital como espaço principal de formação. (MISSAKA; RIBEIRO, 2011, p. 304)

Deve-se considerar o internato não apenas um campo de práticas, mas também um corpo de conhecimentos que exige abordagens pedagógicas inteiramente novas. O contato diário entre o médico-docente, o paciente e o discente tornam este momento propício e íntimo o suficiente para possibilitar uma aprendizagem significativa e substancial. As autoras complementam:

Entretanto, muitas vezes os alunos são fixados em serviços nos quais são apenas apêndices e sem uma adequada orientação acabam-se por se perder uma possibilidade única de aprendizagem, sendo expostos à má prática, piorando, portanto, a imagem do trabalho na saúde pública e, por conseguinte do SUS. A função de mediador dos diferentes níveis de conhecimento aponta a necessidade de estabelecer relações pedagógicas, ou seja, relações que conduzem a aprendizagem prática do aluno, o “ser médico”. (MISSAKA; RIBEIRO, 2011, p. 305)

Na mesma linha de análise Botti (2009) e Villardo (2011) reforçam que o aluno durante o internato mantém contato com os pacientes, professores e outros profissionais que atuam junto ao doente. Portanto, diferentemente do ciclo básico o internato amplia e possibilita diversas inter-relações que contribuem para a construção e reconstrução de conhecimentos, trazendo para a prática conceitos e desenvolvendo habilidades necessárias ao profissional médico.

O contato do discente com o paciente neste momento de sua formação torna-se muito próximo e o médico-docente é o principal facilitador na aprendizagem e assistência supervisionada. Nesse processo o médico-docente, em sua atuação junto ao aluno, planeja, guia e estimula o discente em seu caminhar, sendo sua presença de suma importância, pois deve oferecer ao aprendiz ambientes que lhe permitam construir e reconstruir conhecimentos. O docente ensina realizando procedimentos técnicos e moderando a discussão de casos. Segundo Conterno e Lopes (2016), o docente-clínico deve ser um profissional que domina a prática

clínica e os aspectos educacionais relacionados a ela, transformando-a em ambiente e momento educacionais propícios.

Os médicos-docentes ainda hoje advém de um modelo antigo de aprendizagem. Está arraigada nestes profissionais a concepção de ensino enquanto transmissão de informações, de conteúdo. O ensino médico passa por mudanças importantes quanto ao conteúdo e forma de ensino. A maior valoração das metodologias ativas de ensino, a mudança do modelo de ensino e a busca de um profissional médico mais engajado com os problemas sociais da população é visível nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação (DCNs) publicadas e em especial na de 2014. Fica evidente que da mesma forma que o modelo de médico mudou certamente o de médico-docente também

A capacitação docente, especialmente após a implantação da Resolução nº 3 do Ministério da Educação de 20/06/2014 (BRASIL, 2014) que instituiu as DCNs em Medicina, tornou-se um desafio importante para os professores que atuam na formação do futuro profissional no período do internato. Seguindo esta linha de importância da preceptoria na formação do médico, pesquisa realizada por Brant (2008) revela que:

A maioria aponta o compromisso com aprendizagem do aluno (86,7%), o conhecimento do papel do preceptor como um formador (66,7%) e a capacidade de incentivar o aluno para sua aprendizagem (66,7%) como as características mais importantes de um bom preceptor. (BRANT, 2008, p.30)

A formação continuada certamente hoje é um grande desafio para os cursos de medicina, a ebulição de novos paradigmas torna os modelos obsoletos rapidamente, o que traz grande desconforto para os docentes. A busca por conhecimento em metodologia do ensino certamente será a tônica para os professores que quiserem atuar com excelência, a incorporação de tecnologia e o acesso imediato à informação torna o docente cada vez mais um mediador do conhecimento, haja vista que este está em constante construção. Conforme aponta Imbernón (2010):

(...) a educação e a formação docente devem romper essa forma de pensar que leva a analisar o progresso e a educação de uma forma linear, sem permitir integrar outras formas de ensinar, de aprender, de se organizar, de ver outras identidades sociais e manifestações culturais Imbernón (2010, p.15)

O posicionamento do médico–docente na prática do ensino médico nos cursos de graduação de Medicina, no período de internato em enfermaria tem, “*per se*”, situações dicotômicas que trazem implicitamente relações conflituosas. A apresentação dos casos clínicos, a visita beira-leito, as discussões de diagnósticos diferenciais e as tomadas de decisão estão presentes nessa prática pedagógica. Neste cenário podem ocorrer conflitos entre dois atores: o médico e o docente. As discussões entre docentes e discentes nas visitas beira-leito muitas vezes podem gerar compreensão errônea pelos pacientes e criar expectativas e preocupações infundadas que prejudicam o atendimento do doente, gerando desgastes na relação médico-paciente. Não obstante, a presença do paciente, por vezes, torna difícil o adequado aprofundamento da discussão do caso, pela exposição do mesmo a situações constrangedoras como as discussões a respeito do prognóstico.

Os dois atores – professor e médico - buscam atingir seus objetivos. O primeiro, na sua atuação como docente deve ensinar, capacitar novas gerações de médicos, apresentando adequadamente as situações clínicas, por meio de discussões de casos dos pacientes. O segundo cuidar do doente, garantindo um atendimento digno, humanizado e tecnicamente embasado em preceitos éticos e científicos. Esses dois atores por ocuparem o mesmo espaço físico e o mesmo momento dialogam constantemente. Este diálogo de ações concomitantes traz dificuldades idiossincráticas para o médico-docente no seu dia a dia, haja vista que não se consegue manter uma uniformidade entre as funções e, por vezes, um desses atores se sobrepõe ao outro causando prejuízos para uma ou outra atuação.

A prática médica e a prática docente vêm passando por profundas transformações nas concepções e ações. A medicina baseada em evidências modificou de forma visceral a investigação e tratamento dos doentes, trazendo para beira-leito o modelo científico de Descartes e desta forma tornou as condutas reproduzíveis e passíveis de comparação. Portanto, foram abandonados os tratamentos conduzidos por experiência própria e sem comprovação científica, o empirismo. Esse processo permeou a ação médica e respaldou o ensino, sendo o arcabouço epistemológico que embasou a corrente Flexeneriana de ensino médico que influenciou o ensino em todo século XX.

Na atualidade, de acordo com Machado, Caldas e Bartoncello (1997) a educação médica passa por uma reforma que altera o seu conteúdo e método de ensino, com valorização sobremaneira da relação prática sobre a teoria, deixando em primeiro plano o *aprender a fazer*; na busca de uma tendência que propicie um processo mais dialógico, problematizado e reflexivo. Esse processo facilita a articulação das diferentes áreas do ensino médico, o que contribui para a formação com visão holística, social e humanizada da ação do médico-docente.

As presentes considerações justificam esta pesquisa, por buscar um entendimento da realidade a partir das impressões dos pesquisados e do pesquisador, uma vez que o pesquisador é docente há 10 anos com atuação em enfermagem de ensino. Está em tela a necessidade de maior entendimento desta inter-relação: médico-docente, discente, paciente e, por conseguinte seja possível propor mudanças da prática docente que propiciem um aperfeiçoamento nas visitas médicas, fortalecendo as convergências e minimizando as adversidades.

A percepção do médico-docente frente a estas mudanças é algo ainda pouco estudada. O trabalho docente no dia a dia traz questionamentos que devem ser abordados pelo enriquecimento proveniente destas discussões, tanto na prática docente quanto no atendimento ao doente. A visão do docente neste momento de ebulição de ideias deve ser levada em conta e considerar o protagonismo do mesmo no momento histórico atual que vivem as escolas médicas do país. O distanciamento com perspectivas de mudanças de paradigmas, da visão tecnicista e a incorporação da visão humanista e sociológica do processo saúde-doença e educativo, é algo ainda a ser inquirido e dialogado com os professores médicos para maior conscientização de sua prática médica e docente.

Nesse espaço de atuação, a função do médico-preceptor é de estabelecer relações pedagógicas, ou seja, relações que conduzam a aprendizagem prática do aluno, o "ser médico". Portanto, idealmente o internato precisa preparar o aluno para enfrentar as constantes mudanças e os avanços científicos. A relação médico-docente-aluno é parte importante e fundamental do processo de formação médica: a transição para a prática profissional. Nesse momento, o aluno começa a se responsabilizar pela saúde dos pacientes; sua interação com os médicos dos hospitais é mais proativa e seus conhecimentos teóricos são postos à prova, o que

exige do professor habilidades específicas no trato com este aluno, razão pela qual esta relação é objeto do estudo. (MISSAKA; RIBEIRO, 2011).

Assim, configuram-se como questões da pesquisa:

- Qual a percepção do médico-docente sobre seu espaço de assistência e de ensino?
- Como se configura a identidade profissional do médico-docente?
- Que proposições didático-pedagógicas são assumidas por esses docentes?
- Como o médico-docente sistematiza e planeja as visitas médicas acadêmicas visando à qualidade do ensino e do atendimento médico?
- Como as dificuldades e limitações se manifestam na prática do médico-docente no espaço do internato?

Ao partir das questões de pesquisa definiu-se como objetivo geral analisar a ação do médico-docente em sua prática pedagógica cotidiana, buscando compreender sua identidade, concepções e experiências educativas.

Para operacionalização foram definidos como objetivos específicos:

- Caracterizar a ação/dilemas do médico-docente na construção/reconstrução de sua identidade profissional.
- Desvelar as relações didático-pedagógicas e assistenciais do médico-docente no desenvolvimento de suas atividades cotidianas
- Avaliar o processo didático-pedagógico assumido pelo médico-docente, destacando as concepções e intencionalidades de suas propostas.
- Identificar os limites/dificuldades na prática docente no internato

O trabalho foi desenvolvido na perspectiva de uma pesquisa qualitativa, configurando-se como um estudo de caso. Iniciamos a coleta de dados com um questionário fechado (Apêndice A) para traçar o perfil dos participantes da pesquisa. Após aplicamos uma entrevista com roteiro semiestruturado (Apêndice B), que foi gravada e transcrita e feita a análise conteúdo seguindo a metodologia de Bardin (1999). Este corpus foi ainda analisado utilizando o programa de computador IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) 0.6 alpha 3. Após as entrevistas acompanhamos a visita médico-

acadêmica do pesquisado e fizemos as observações *in loco* utilizando um roteiro de Observação (Apêndice C).

De posse dos dados coletados foram realizadas as análises com levantamento das seguintes categorias:

- 1) Percepção do médico docente ao respeito do seu espaço de ensino;
- 2) Configuração da identidade profissional médico-docente;
- 3) Proposições didáticas pedagógicas assumidas por estes docentes;
- 4) Sistematização e planejamento das visitas médicas;
- 5) Dificuldades e limitações que se manifestam na prática docente.

O trabalho apresentado está estruturado nas seguintes seções:

1 - Contextualização da organização e estrutura hospitalar no Brasil: momento em que revisitamos a origem e desenvolvimento do modelo hospitalar brasileiro e a prática docente nos hospitais escolas.

2 - Organização e estrutura no contexto da instituição: apresentamos como se dispõe as enfermarias em clínica médica e especialidades clínicas no hospital e a sua utilização como cenários de ensino, discutindo ainda o modelo pedagógico utilizado na faculdade de Medicina.

3 - Metodologia da pesquisa: em que explicitamos a tipologia da pesquisa e os procedimentos utilizados para a coleta de dados (questionário com questões fechadas, entrevistas com roteiro semiestruturado e observações durante as visitas à “beira-leito”) a fim de fazer uma avaliação o mais abrangente possível da ação docente nesse espaço educativo.

4 - Análise e interpretação dos dados: utilizamos para a análise a metodologia de Bardin. Analisamos o corpus dos discursos utilizando o programa IRaMuTeQ. Analisamos os dados à luz dos conhecimentos já estabelecidos em ensino médico, comparando a nossa realidade e com os dados da literatura.

5- Considerações finais: Nas considerações finais apresentamos nossas conclusões e as contribuições da pesquisa a respeito do tema.

A presente pesquisa demonstra as fragilidades dos docentes do internato quanto à formação docente e o quanto este déficit tem impacto na sua ação docente no cotidiano, como também o desejo em uníssono de buscar o aperfeiçoamento contínuo. O presente trabalho dá voz à um grupo de professores tão caro à formação desta geração de médicos do novo milênio e abre a discussão de novos modelos para a visita médico-acadêmica e a formação continuada do médico-docente.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

Ao longo deste capítulo procuraremos construir um breve panorama histórico da formação dos médicos no Brasil, focando principalmente o período de internato, desde a época do período colonial até os dias de hoje e analisaremos a ação docente no período do internato dos cursos de Medicina.

1.1 Breve contextualização histórica

A estrutura organizacional hospitalar e os aspectos filosóficos que a sustentam em nosso país, constituem o cenário no qual o médico-docente desenvolve as suas atividades e, por conseguinte, influencia e modifica a sua atuação da mesma forma que este altera o meio no qual está inserido. Portanto, é fundamental o entendimento dos aspectos históricos que constroem a imagem hospitalar de nossos dias para que ao observar o cenário possamos compreender a atuação dos atores.

Segundo Leite (1956), o início do século XVII com processo de colonização do Brasil inicia-se uma Medicina incipiente coordenada em geral pelos jesuítas da Companhia de Jesus, que apresentavam uma visão religiosa da Medicina. Nos primórdios do Brasil, durante a colonização, a atividade dos religiosos foi deveras importante, haja vista a contribuição dos mesmos na catequização indígena, na construção das primeiras escolas, na fundação das primeiras igrejas e não menos importante na fundação dos primeiros hospitais, as Santas Casas.

Diversos momentos históricos mostram o quanto as atividades dos religiosos modificaram a história do Brasil e foram fundamentais para a construção da imagem do médico e dos serviços de saúde que seriam fundados ao longo do tempo, estes seguindo os aspectos filosóficos religiosos de abnegação e “sacerdócio” da profissão médica, conceito arraigado em nossa população. Exemplo disto, em março de 1582, quando a armada do almirante espanhol Diogo Flores Baldez, que rumava para o Estreito de Magalhães, aportava no Rio de Janeiro com uma tripulação doentíssima: escorbuto, febres, beribéri, dentre outras, fazendo o Pe.

Anchieta mobilizar-se para tratar dos enfermos num barracão toscamente construído na orla do Morro do Castelo. Embora já existisse, desde o início da história da cidade, a Santa Casa da Misericórdia foi ampliada e reformada a partir deste episódio.

Os jesuítas criaram ainda uma rede de boticas por toda a colônia; que se constituíam em estabelecimentos comerciais que manipulavam medicações e fórmulas para atender a população colonial; neste período era comum a utilização de diversos chás, unguentos e receitas de todo tipo, advindo tanto da influência europeia quanto da cultura indígena. Os médicos eram muito escassos e o curandeirismo florescia por toda a colônia. A Medicina tinha todo um aspecto mágico e muitas vezes o paciente buscava reestabelecer a sua saúde por meio de rituais.

Segundo Salles (1971), no século XVIII havia no reino de Portugal quatro categorias de “médicos”: os físicos que estudavam na Universidade de Coimbra e centravam-se em entender os autores gregos clássicos e os comentários dos árabes; os cirurgiões que tinham um aprendizado mais prático da Medicina e para exercer seu ofício necessitavam receber uma carta de autorização expedida pelo Cirurgião–Mor do reino e gozavam de menor status; o cirurgião–barbeiro que era um barbeiro que acompanhava um cirurgião habilitado e depois de realizar uma prova recebia deste uma carta de cirurgião–barbeiro formado. Esta atividade de barbeiro era muitas vezes executada por escravos e ele executava praticamente as mesmas funções do cirurgião. O último dentro da hierarquia era o barbeiro que pela habilidade de lidar com navalhas executava sangrias, enemas e não tinha qualquer tipo de formação.

O Brasil, evidentemente, era muito pouco atrativo para os médicos europeus formados nas universidades, mas para os cirurgiões era a possibilidade de ascensão social e econômica; conseqüentemente as funções assistenciais eram exercidas em sua totalidade pelos cirurgiões que não somente realizavam sangrias e cirurgias como também faziam diagnósticos e tratamentos clínicos, funções essas exercidas em Portugal exclusivamente pelos médicos físicos. A demonstração inequívoca da importância dos cirurgiões neste período histórico é o fato de que todos os livros médicos brasileiros deste período foram escritos por cirurgiões.

Inúmeras eram as doenças e epidemias neste período e como os tratamentos eram inadequados, a taxa de mortalidade era muito alta. A ausência de médicos e o curandeirismo passou a incomodar a Coroa Portuguesa. Os poucos médicos que atuavam no Brasil, eram formados na Europa, principalmente em Coimbra, Edimburgo e Momtpellier.

Neste período os médicos em sua totalidade eram provenientes da Europa ou eram filhos de nobres brasileiros que iam à Lisboa estudar e depois voltavam à colônia para exercer seu ofício.

Em 1806, Napoleão Bonaparte declara o boqueio continental, proibindo assim que os navios ingleses aportassem nos países da Europa e comercializassem seus produtos manufaturados. Portugal, ao assinar com a Inglaterra, em 22 de outubro de 1807, a Convenção Secreta, conferiu aos ingleses o *status* de maior fornecedor de seus produtos à nação portuguesa e às suas colônias. Os franceses, em retaliação, invadiram Portugal em 29 de novembro de 1807 o que levou o governo português a fugir para o Brasil, com a ajuda dos ingleses, transferindo a sede do Império Português para o Brasil. Este fato foi de suma importância, pois acarretou mudanças econômicas como a abertura dos portos para o comércio com os países aliados de Portugal, a criação do Banco do Brasil, o tratado de Aliança e Comércio (1810). Além disso, ocorre a construção de toda a burocracia governamental como o Conselho de Estado, os Ministérios, os Tribunais, a Escola de Marinha, as Intendências de Polícia e Arsenal.

Segundo Pereira (1923), com a chegada dos portugueses a Salvador o príncipe regente D. João VI funda a primeira escola de Medicina do Brasil. Com o início do funcionamento da Escola de Cirurgia da Bahia (1808) e do Curso de Anatomia e Cirurgia no Rio de Janeiro (1809), por conseguinte, foram transformadas em Academias e, posteriormente, a equiparação das duas instituições em 1813. Até esta época havia dois tipos distintos de profissionais: os médicos e cirurgiões práticos, estes com uma formação mais voltada a prática e com período de estudos de 2 anos.

Logo após a Independência, destacou-se, em 1823, no plano educacional, a Lei da Educação Popular, que aboliu a exclusividade do Estado no patrocínio da instrução. Outras leis educacionais surgiram, como a Carta Lei de

Criação dos Cursos Jurídicos, de 15 de agosto de 1827, e a lei sobre a educação primária, de 15 de outubro do mesmo ano. Localiza-se aí a transformação das Academias de Medicina e Cirurgia em Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e Faculdade de Medicina da Bahia, em 3 de outubro de 1832.

Interessante notar que o modelo de ensino até então dominante no Brasil estava alinhado com modelo de ensino Europeu, principalmente o Francês e o Inglês. No século XX com as mudanças geopolíticas do pós guerra, o Brasil que passou a sofrer forte influência e buscou cada vez mais se aproximar do modelo americano.

Os Estados Unidos viveram no início do século XX uma crise em seu modelo de ensino médico. Em 1908, Flexner, convidado por Henry S.Pritchett, Presidente da Carnegie Foundation, inicia um programa de avaliação da educação superior nos Estados Unidos, começando pelo ensino médico, cujo primeiro e mais conhecido resultado é o famoso *Medical Education in the United States and Canada*, chamado Relatório Flexner. Esse relatório modificou o modelo de ensino médico daquele país, consolidando a arquitetura curricular que hoje predomina na rede universitária dos países industrializados (LUDMERER, 2010).

Este modelo busca a formação de um médico tecnicista, com a valorização do modelo biomédico e curativo, voltado para o indivíduo, hospitalista e com a fragmentação do ensino médico, em especialidades.

O Relatório Flexner, na prática, introduziu critérios de cientificidade e institucionalidade para regulação da formação acadêmica e profissional no campo da saúde. Nos Estados Unidos, nos 100 anos prévios ao documento, 457 escolas médicas tinham sido abertas. No início do século XX, havia pouco mais de 160 em funcionamento. Flexner inclui 155 em seu relatório. Com a aplicação de suas recomendações, num processo que ele chama de restauração da educação médica, muitas são fechadas; em dez anos, restam 31 escolas.

1.2 A primeira organização institucional dos cursos de Medicina

As mudanças do Relatório Flexner chegam ao Brasil na década de 1950 modificando a organização institucional dos cursos de Medicina em ciclo

básico e ciclo clínico, reorganizando as disciplinas em Departamentos e com a valoração do Hospital–Escola como principal cenário de aprendizagem da prática clínica. Nesse momento o estudante de Medicina vinculava-se a algum serviço, sem um planejamento pedagógico, no qual ocorria uma especialização precoce. Por fim, o interno acabava por se incorporar aos serviços médicos ou em universidades. Este processo de formação na década de 50 era incipiente e o aluno acabava por se especializar sem ter a visão abrangente necessária da Medicina para exercê-la com a devida segurança.

Portanto, as escolas médicas neste período não ofereciam o estágio de internato; os alunos vinculavam-se a algum serviço e, muitas vezes, em troca de moradia e alimentação trabalhavam em serviços especializados ou ainda subespecializados o que em nada contribuía para a formação de um médico generalista e, por conseguinte, havia, sem dúvida, a formação de um profissional com uma visão tecnicista e compartimentada do ser humano. Este *modus operandi* dos cursos de Medicina provocou a reação do Conselho Federal de Educação que editou o Parecer 506/69 (Brasil, 1969) que regulamentou os estágios em serviço, dando um primeiro objetivo imagem para o Internato no Brasil.

[...] estágio obrigatório em Hospitais e Centros de Saúde adaptados ao ensino das profissões de Saúde, em regime de Internato, no qual se faculte ao aluno adestrar-se, por sua escolha, nas tarefas, específicas abrangidas pelo gênero de atividade que irá exercer logo após a formatura e ao longo da vida profissional, atribuindo-se-lhe responsabilidade crescente na assistência ao doente, porém ainda sob a supervisão do pessoal docente, compreendendo o mínimo de dois semestres (BRASIL, 1969)

Esta resolução buscou a equidade da estrutura dos internatos nas Universidades e modificou ao longo da década de 1960 a estrutura dos cursos de Medicina em todo o Brasil que, obrigatoriamente, passaram a oferecer o estágio em serviço com supervisão e minimamente organizado. Ainda durante a década de 70 a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) produz outro documento importante para a estruturação do internato que conhecemos, que se constituiu no relatório final de XII Reunião Anual da ABEM realizada em 11 a 14 de setembro de 1974, que publicou as seguintes recomendações:

1) Internato deve ser cumprido pelos alunos que tenham satisfeitos os pré-requisitos, ou seja, tenham cursado, com aproveitamento, as disciplinas que

o precedem; 2) o Internato deve ter duração mínima de 2 semestres, podendo atingir até 4; 3) o Internato deve ser rotativo, podendo haver, após o rodízio, estágio eletivo, de preferência em uma das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Tocoginecologia e Pediatria; 4) a programação do Internato deve caber a um colegiado específico, ouvidos os departamentos; 5) o programa do Internato deve incluir atividades em projetos de extensão comunitária, áreas rurais, Campus avançado, garantida a supervisão docente direta, ou delegada; 6) o programa do Internato pode ser modelado pelas diferenças regionais não sendo necessariamente o mesmo para todo o País; 7) o Internato pode ser realizado fora dos serviços subordinados às escolas médicas, de preferência em instituições de saúde da Região em que se situa a escola; 8) as referidas instituições de saúde devem ser credenciadas pela escola médica, para que se assegure a supervisão docente; 9) a avaliação do Interno deve basear-se em medida de conhecimentos, atitudes e habilidades; 10) o Interno não deve ser remunerado, admitindo-se a concessão de bolsas em casos especiais. (IUNES,1974, p 155-158).

Observam-se claramente na transcrição deste documento os alicerces do internato dos dias de hoje. Ainda na década de 70 a Comissão de Educação Médica do Ministério da Educação e Cultura publica o documento número 3 (BRASIL,1976) que conceituava os objetivos desta etapa de formação médica:

Parte integrante do currículo de graduação, é o Internato o último período do Curso Médico, em que o estudante deve receber treinamento prático intensivo, livre de cargas disciplinares acadêmicas, em hospitais de ensino, ou instituições de prestação de serviço médico, de modo a assumir, progressivamente, a responsabilidade do tratamento de pacientes, sob supervisão docente contínua. A duração do Internato, recomendada por lei, é, no mínimo, de um ano. Entretanto, e tal ocorre em algumas escolas médicas, pode o mesmo ser feito em um e meio e até em dois anos. Os objetivos do Internato podem ser assim resumidos: a) oferecer ao estudante a oportunidade final para aumentar, integrar e aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo de seu Curso de Graduação; b) permitir melhor adestramento em técnicas e habilidades indispensáveis ao exercício futuro de atos médicos básicos; c) ensejar, de maneira mais orientada e individualizada, a aquisição, ou aperfeiçoamento, de atitudes adequadas em relação ao cuidado dos pacientes; d) estimular o interesse nas esferas de promoção e preservação da saúde, e de prevenção de doenças; e) desenvolver a consciência das limitações e responsabilidades da atuação do médico perante o doente, a instituição e a comunidade; f) possibilitar o desenvolvimento e o hábito de uma atuação médica integrada, não só com seus colegas médicos, mas, também, com os demais elementos que compõem a equipe de saúde; g) permitir experiências individuais de interação escola médica/comunidade, através da participação em trabalhos extra-hospitalares, ou de campo; h) representar, por fim, o último período de formação escolar de um médico geral, com capacidade de resolver, ou bem encaminhar, os problemas de saúde da população, ou da Região a que vai servir, sem prejuízo da aquisição indispensável da noção de necessidade de permanente e continuado aperfeiçoamento profissional, que poderá levá-lo, no futuro, até a especialização, ou à docência. (BRASIL,1976)

O posicionamento do Ministério da Educação e Cultura consolida as mudanças que os internatos sofreram na década de 50 e 60 e, portanto, neste momento havia uma legislação que direcionava definitivamente a organização e os objetivos do estágio de internato que agora passa a ter identidade e objetivos definidos. Clara é a influência flexneriana nesta estrutura de ensino, mas tentava-se com estas resoluções evitar a especialização precoce tão criticada da década de 50. Havia ainda um longo caminho na busca da formação de um médico generalista e humanista, mas sem dúvida este foi um momento importante onde se deram os primeiros passos.

No ano de 1982 a ABEM inicia um projeto junto à fundação norte-americana W.K. Kellog, intitulado Preparação do Médico Geral que apresenta entre as suas proposições:

...considerou-se inadmissível o Internato em especialidade e, mais uma vez, se reafirmou o imperativo do Internato em rodízio por Clínica Médica, Pediatria, Tocoginecologia e Cirurgia. Julgou-se indesejável e inadequada a adoção de um programa único para todas as escolas. Tendo em conta a variedade de situações ambientais na extensão do território nacional, a diversidade de recursos institucionais e as aspirações dos alunos, torna-se evidente que a estrutura curricular e os programas de aprendizado devem estar de acordo com a realidade em que se insere a escola médica. Em qualquer situação, entretanto, o rodízio pelas áreas referidas deve corresponder a treinamento em serviços gerais, incluídos, obrigatoriamente, ambulatorios e unidade de emergência. (ABEM, 1982)

1.3 As novas proposições legais e curriculares para a educação médica

A década de 80 é marcada por um processo de redemocratização para toda a sociedade e entre as proposições no âmbito da saúde uma das mais importantes conquistas é o direito a saúde de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no seu artigo 198.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou

através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. (*) As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. Parágrafo único. O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL,1988)

Evidentemente que Constituição modificou os aspectos filosóficos que direcionavam a formação do médico daquele tempo, com diminuição da influência das ideias Flexenerianas e propôs a busca de um médico que tivesse uma visão global do paciente e mais humanizada como preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina de 2001(BRASIL, 2001):

Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2001)

Observa-se uma consonância entre Constituição de 1988 e o perfil do egresso de Medicina proposto pelas DCNs (2001) e estas ainda normatizam os currículos dos cursos de Medicina legislando ao respeito do estágio de internato em seu artigo 7º:

Art. 7º - A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. **Parágrafo 1º** - O estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço incluirá necessariamente aspectos essenciais nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área. Estas atividades devem ser eminentemente práticas e sua carga horária teórica não poderá ser superior a 20% do total por estágio. (BRASIL, 2001)

Em 2014 as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2014) modificaram as diretrizes curriculares de 2001 inserindo o estágio obrigatório em Atenção Básica, Urgência e Emergência e Saúde Mental, buscando cada vez mais a

formação de um médico generalista que atenda às necessidades do SUS, trazendo novos parâmetros para o estágio de internato como segue:

Art. 24. A formação em Medicina incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de formação em serviço, em regime de internato, sob supervisão, em serviços próprios, conveniados ou em regime de parcerias estabelecidas por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme previsto no art. 12 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. § 1º A preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde terá supervisão de docentes próprios da Instituição de Educação Superior (IES); § 2º A carga horária mínima do estágio curricular será de 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina. § 3º O mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina será desenvolvido na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato. § 4º Nas atividades do regime de internato previsto no parágrafo anterior e dedicadas à Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS, deve predominar a carga horária dedicada aos serviços de Atenção Básica sobre o que é ofertado nos serviços de Urgência e Emergência. § 5º As atividades do regime de internato voltadas para a Atenção Básica devem ser coordenadas e voltadas para a área da Medicina Geral de Família e Comunidade. § 6º Os 70% (setenta por cento) da carga horária restante do internato incluirão, necessariamente, aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, em atividades eminentemente práticas e com carga horária teórica que não seja superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio, em cada uma destas áreas. (BRASIL, 2014)

Esta última legislação modifica o currículo do egresso de Medicina com uma valorização dos estágios de Atenção Básica em Saúde que passa a contar com 30% do período de internato e um direcionamento com foco na Medicina Geral de Família e Comunidade; outra inovação observada é a preocupação com a formação em Saúde Mental. As propostas destas DCNs provocaram mudanças curriculares significativas em boa parte dos cursos de Medicina no Brasil.

Em 2013 com a promulgação da Lei do Mais Médicos (Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013) ocorre a abertura de diversos cursos de Medicina no Brasil e confirmam-se os parâmetros do estágio supervisionado em regime de internato. A lei não modifica a estrutura do internato, mas determina que a sua organização fará parte dos critérios do Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES):

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. § 2º As atividades de internato na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS e as atividades de Residência Médica serão realizadas sob acompanhamento acadêmico e técnico, observado o art. 27 desta Lei. § 3º O cumprimento do disposto no caput e nos §§ 1º e 2º deste artigo constitui ponto de auditoria nos processos avaliativos do Sinaes. (BRASIL, 2013)

Concordante com Conterno e Lopes (2013), fica evidente nesta revisão que o modelo de internato das escolas brasileiras é o reflexo histórico de seu tempo, que busca moldar o profissional médico em sua fase final de formação para atender os anseios da sociedade, seja por meio de discursos ideológicos, ou por que não, por meio de leis que obrigam os cursos de Medicina a entregar determinado “produto” ao final da graduação.

1.4 O ser médico-docente

Analisar e repensar ação docente constitui-se em um desafio cotidiano, principalmente quando se objetiva formar profissionais comprometidos e conscientes, de sua atuação na sociedade, extremamente complexa, permeada de desigualdades e contradições o que torna relevante o seu trabalho considerando os problemas sociais que se desencadeiam nesse processo. Há ainda a necessidade compreendê-la em seu movimento e dinâmica e atuar para a transformação qualitativa da mesma.

O professor, como educador, deve buscar a profissionalização da docência, como processo de construção de sua identidade docente. Constitui-se em um processo muito complexo que exige a construção de uma nova representação, de um novo sentido da docência como atividade profissional. Faz-se também necessário que a profissionalização seja parte dos projetos pessoais e coletivos e de desenvolvimento profissional dos professores.

A busca de uma identidade profissional para a docência como parte dos processos de profissionalização está relacionada com a autoimagem, a autobiografia e as representações que os professores fazem de si próprios e dos outros no seu grupo profissional. Nóvoa (1992) explica que a identidade envolve um

lugar de lutas, de conflitos, onde são construídas as maneiras de ser e estar na profissão. Dubar (2005) reitera as explicações de Nóvoa quando diz:

[...] a identidade humana não é dada, de uma vez por todas, no nascimento: ela é construída na infância e, a partir de então, deve ser reconstruída no decorrer da vida. O indivíduo jamais a constrói sozinho: ele depende tanto do juízo dos outros quanto de suas próprias orientações e auto-definições. A identidade é produto de sucessivas socializações Dubar (2005, p.25)

Essa construção da identidade deve se constituir em uma atividade profissional de alta responsabilidade técnica, política e social, pressupondo-se, portanto, que a formação do educador requer compromisso e competência com vistas à qualidade do ensino.

Contudo, Pimentel (1994), aponta que no ensino superior o perfil do docente universitário nem sempre condiz com essa identidade docente, ou seja,

[...] todos os professores têm um domínio do conhecimento amplo, profundo e atualizado, não só do conhecimento programático como da ciência que ensinam. Têm também o conhecimento das ciências correlatas. Nem todos, porém, têm o conhecimento da produção do conhecimento e poucos têm o conhecimento claro e consciente do que é ensinar (1994, p. 85).

Na mesma linha de análise Tardif (2002) afirma que o professor deve possuir além do saber técnico e curricular, conhecimentos relativos às ciências da educação e à pedagogia com vistas à autonomia intelectual, o que requer participação ativa dos sujeitos dentro de uma linha, em que educandos se apropriem da significação do conteúdo ensinado.

No que diz respeito ação do médico-docente, entende-se que esse processo está estreitamente relacionado às mudanças paradigmáticas para a formação do egresso de Medicina, que foram postas principalmente a partir da própria concepção de saúde da Organização Mundial da Saúde na Conferência de Alma-Ata, realizada na cidade de mesmo nome na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas-URSS (setembro, 1978), qual seja, “Saúde é um completo bem-estar físico, social e mental e não somente a ausência de doença”. Conforme a Declaração Alma-Ata (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde):

ações dos diferentes atores internacionais no sentido de diminuir as diferenças no desenvolvimento econômico e social dos países deveriam ser estimuladas para que se atingisse a meta de saúde para todos no ano 2000, reduzindo-se a lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos.

Naquela ocasião, chegou-se ao consenso de que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial.

Aliado a isso, no campo de política pública nacional com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação de Medicina (2014), reafirmam esse novo perfil que, com certeza exige uma nova proposição para a ação docente.

Art. 3º O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.

Nesse sentido, o médico-professor que faz a mediação entre o aluno, o conhecimento, depara-se com dilemas filosóficos e epistemológicos, pois, em muitos casos, teve uma formação anterior especializada e tecnicista e a partir das novas configurações do ensino médico deve despertar em seus alunos uma visão integrativa da Medicina humanizada que muitas vezes não faz parte do *know-how* do próprio docente.

No passado a relação atitudinal do ser docente na carreira do médico, por muitas vezes tinha uma valoração muito mais como uma titulação que coroava uma carreira já bem-sucedida e não como um fim em si mesmo. Conforme Schwartzman e Balbachevsky (1993):

Na universidade brasileira, até recentemente, os professores se identificavam com suas profissões de origem – médicos, advogados, engenheiros, arquitetos - e o título de professor significa, sobretudo, um galardão adicional a uma carreira profissional bem sucedida. Esta identidade profissional dos professores universitários contrastava com a dos professores do ensino secundário e básico, cuja eventual identidade disciplinar (professor de geografia, português, história, matemática) perdia importância em relação ao trabalho de ensinar e ao tipo de vínculo profissional que ele representava (SCHWARTZMAN; BALBACHEVSKY, 1993, p. 4).

Nos últimos anos, o aumento do número de cursos de Medicina tem modificado esta imagem do médico-docente, e vem exigindo a construção de uma nova identidade profissional, com novas representações e objetivações. Segundo

Pimenta et al. (2002), havia um aumento do número de eventos voltados à formação do médico docente.

A crescente preocupação com a docência no Ensino Superior tem proporcionado um aumento nos estudos sobre o tema da formação do desenvolvimento profissional de seus professores, para além de um saber meramente teórico-disciplinar... A preocupação com a formação do desenvolvimento profissional de professores universitários e com a inovação didática cresce nos meios educativos, o que se atesta pelo aumento progressivo de congressos, reuniões, atividades e seminários relacionados com o tema (PIMENTA et al., 2002, p. 208).

A ação docente do médico-professor no contexto de enfermaria, nosso foco de análise, deve visar o adequado balanceamento entre a assistência ao paciente e o ensino e, de acordo com Silva (1982):

... ao professor de Medicina é exigido um duplo esforço, de um lado pelos pacientes, que deles esperam apurados conhecimentos técnico-científicos e, de outro lado, requerido como professor, de quem se exige ampla bagagem de conceitos e conhecimentos, além de atitude criativa para tornar consequente a relação docente/aluno. (SILVA, 1982, p. 7)

Portanto, o modelo de ensino médico centrado na perspectiva biomédica, modelo cunhado no século XIX que separava o corpo da mente e possuía foco nos aspectos orgânicos da doença, passa por mudanças para o modelo biopsicossocial que incorpora o caráter subjetivo e social da doença, olhando a pessoa de forma integral.

Contudo, as dificuldades de adequação dos cursos de Medicina nesta transição são claras; o próprio conceito de médico generalista deve ser ressignificado para que os cursos de Medicina consigam entregar para a sociedade um profissional que de fato corresponda às necessidades de saúde. Para Stella (1999):

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

Nesse processo, o ensino médico deve ser centrado no paciente, priorizando o diálogo médico-paciente, a fim de encontrar estratégias que auxiliem os indivíduos a lidar com as mudanças advindas do processo saúde-doença.

O médico-docente ou preceptor tem importância significativa na autoimagem do médico egresso, por muitas vezes o aluno copia o mestre e adota os mesmos comportamentos deste, conforme Hossne (1994, p.75): “O carisma do professor e / ou o elevado nível de sua "função apostólica" podem ter influência relevante no aluno, determinando até mesmo a escolha de sua futura área de atuação ou especialização”.

Ambos, professor e aluno, são ambivalentes construindo e reconstruindo a sua autoimagem profissional, influenciando-se mutuamente. O paciente que é peça chave desta relação de aprendizagem e exerce muitas vezes papéis conflitantes em alguns momentos solidificando a relação professor-aluno e em outras sendo o disparador de conflitos. Concordante com Hossne (1994, p.76): “O paciente poderá ser peça de amortecedor na relação do professor com o aluno (e vice-versa), mas poderá ser o órgão de choque se a relação assumir contornos fisiopatológicos”.

Do ponto de vista metodológico, nos últimos anos, as escolas médicas têm realizado mudanças significativas, principalmente com a utilização de Laboratórios de Simulação, metodologias ativas de aprendizagem e novas técnicas de avaliação como o OSCE (Objective Structured Clinical Examination). As novas metodologias implementadas nesta IES exigem uma mudança atitudinal dos professores, uma vez que copiar o *modus-operandi* de ensino em enfermaria dos docentes do passado não é mais suficiente para formar esta nova geração de médicos. Segundo Castanho (2002), a formação docente continuada é hoje fundamental para que os novos métodos de ensino possam de fato beneficiar os alunos em formação.

A capacitação contínua e direcionada para pressupostos e objetivos articulados é um desafio ainda a ser enfrentado na maioria dos cursos de Medicina do Brasil, pois a imagem objetivo do docente do internato ainda é nebulosa, concordante com Missaka e Ribeiro (2011, p.307)

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

Todas as mudanças tanto epistemológicas quanto metodológicas no curso de medicina, corroboram a necessidade da capacitação continuada dos docentes. Segundo Carpim (2014),

A formação docente é um processo contínuo e que requer uma caminhada investigativa sistemática e dialógica, pois os desafios postos pelos movimentos sociais, políticos e econômicos exigem um novo olhar para as práticas pedagógicas do ensino superior. (CARPIM, 2014, p.73)

Para o mesmo autor (2014) as mudanças paradigmáticas da docência no século XXI tornaram o docente um mediador do conhecimento e a sua prática pedagógica deve ser dialógica, afim de construir-se saberes de maneira colaborativa que tenham significado e aplicabilidade no dia a dia

Conforme Veiga, (2008, p.15) a “*formação* assume uma posição de *inacabamento*, vinculada à história de vida dos sujeitos em permanente processo de formação, que proporciona a preparação profissional”

Segundo Zanolli (2004), o grande desafio da educação na área clínica é conseguir desenvolver nos estudantes as competências necessárias para que se tornem médicos com o perfil desejado e atingir esse objetivo de maneira eficiente e prazerosa.

Em síntese, para o novo modelo de médico é necessário a construção de um novo docente e uma nova proposição de docência, que busque abandonar os velhos paradigmas e proporcionar aos docentes e egressos a devida capacitação para o enfrentamento destes desafios.

2 O CONTEXTO DA PESQUISA: ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA INSTITUIÇÃO E DO HOSPITAL

A instituição foco da pesquisa situa-se em uma cidade do interior do estado de São Paulo e iniciou as suas atividades em 1972, com a abertura da primeira faculdade que abrangia cursos de Ciências, Letras, Artes e Educação. Posteriormente, foram criados cursos de outras áreas do conhecimento como as faculdades da Saúde, de Engenharia Civil, Informática e outros cursos superiores, além de clínicas, laboratórios e o Ginásio de Esportes.

A instituição inaugurou em 1997 o Hospital Universitário que vem sendo utilizado desde então como hospital de ensino. Em 2009 o hospital foi adquirido pelo governo do estado e passou a se constituir em um hospital regional tornando-se referência em assistência médica eletiva de alta complexidade a 45 municípios da região Oeste do Estado de São Paulo. O hospital oferece 550 leitos, todos do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo 56 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo 20 adultos, 10 coronarianas, 06 pediátricas e 20 Neonatais.

O hospital serve como cenário de aprendizagem para alunos de diversos cursos técnicos, graduação, pós-graduação e programas de residência médica e multiprofissional.

As enfermarias de clínica médica, pneumologia, cardiologia e hematologia ocupam três andares de dois blocos do hospital, os quartos de enfermaria são padronizados com quatro camas hospitalares cada e um banheiro de uso comum aos pacientes de cada quarto. Os alunos e Residentes de Clínica Médica, Hematologia e Cardiologia acompanhamos mesmos pacientes em diferentes graus de complexidade quanto à sua ação e poder de decisão, respeitando as habilidades já desenvolvidas.

O Regulamento do Curso da Faculdade de Medicina (2014) versa em termos gerais a respeito da organização do estágio de internato em seu capítulo XXII:

Art. 110º- O estágio supervisionado consiste em atividades de prática pré-profissional, exercidas em situações simuladas ou reais de trabalho, denominado internato. **Parágrafo único.** O Regulamento de Estágio Supervisionado fixará a duração desta atividade, quantificando-a em horas e semestres letivos, ficando vedada qualquer prática que vise a diminuição do tempo de integralização do mesmo, em ambos os seus aspectos. **Art.**

111º- Os estágios são supervisionados por docentes indicados pelo Coordenador do Curso, sob a orientação dos Coordenadores do Estágio e do Diretor da Faculdade. **Art. 112º-** Observadas as normas deste Regulamento do Curso, os estágios obedecerão a regulamento próprio de Curso, aprovado pelo Colegiado de Curso da Faculdade.

Este artigo faz referência a outro documento da Universidade direcionado especificamente ao estágio de Internato, o Guia do Estágio Supervisionado, documento este elaborado em 2016, direcionado aos estudantes. A análise documental permite observar a uniformidade entre os objetivos declarados e a DCN (2014).

As propostas de ensino por meio de metodologias ativas de aprendizagem estão presentes, como nos processos de tutoria que utilizam a problematização através do ciclo de Mangarez adaptado. Este trata-se de um método ativo de aprendizagem no qual o aluno é convidado a resolver uma situação problema; a atividade é dividida em quatro passos: confronto experiencial / problematização, síntese provisória, busca de Informações individuais, nova síntese. Esse tipo de método ativo orienta os discentes para a cadeia dialética de ação-reflexão-ação, formando o médico como um modificador da comunidade em que atua.

Interessante observar que o guia de estágio tem em seu escopo o devido detalhamento desta metodologia, o que é fundamental para que o discente se sinta confortável, tendo em vista que a faculdade passa por um momento de transição do ensino clássico para um “mix” com metodologias ativas, sendo assim existe mais de uma grade curricular acontecendo ao mesmo tempo.

O Guia do Estágio Supervisionado (2016), ainda versa sobre avaliação declarando ao discente que o objetivo final é a aprendizagem e não somente a aprovação por si, como segue:

A avaliação educacional e a capacitação docente trabalham com alguns pressupostos: a avaliação educacional deve ser entendida como um processo dinâmico que acompanha o desenvolvimento de práticas educativas, com vistas ao aprimoramento do processo ensino-aprendizagem e a consolidação da missão institucional; a avaliação deve ter caráter multidimensional, abrangendo a instituição, o currículo, o ensino/docente e a aprendizagem/discente; a avaliação deve ir além da verificação do produto final/desempenho, o que significa assumir principalmente a modalidade formativa, que possibilita o acompanhamento contínuo e a tomada de decisão quanto à condução de práticas de levar a resultados significativos do processo de formação; os critérios e

instrumentos de avaliação devem fundamentar-se na perspectiva interdisciplinar que norteia a proposta curricular; os critérios, as estratégias e as práticas de avaliação devem ser planejados coletivamente, para produzirem os resultados desejados; as finalidades e os critérios de avaliação devem ser explícitos e de conhecimento prévio dos envolvidos no processo; os resultados da avaliação devem ser divulgados e discutidos com todos os participantes, no sentido de assegurar a dimensão transformadora. (GUIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO, 2016, p 20)

A implementação das avaliações externas como Teste de Progresso Unificado (TPU) da qual a instituição participa, é uma tendência em ensino médico no Brasil. Vale observar que apesar das muitas críticas em relação às avaliações que o Ministério da Educação (MEC) e Conselho Federal de Medicina (CFM) promove dos cursos de Medicina, estas são uma realidade em nosso tempo, e é interessante perceber o critério epistemológico colocado no Guia do Estágio Supervisionado (2016) que demonstra muito mais uma preocupação com a aprendizagem em processo do que tão somente com a sua avaliação somativa:

O teste é uma oportunidade de aprendizagem, potencializada pelo oferecimento do caderno de provas para o discente e pelo acesso ao gabarito comentado, com referências bibliográficas, de todas as questões da prova.

Cada discente poderá comparar seu desempenho com as médias de acertos de alunos do mesmo período ou de períodos diferentes da própria escola e com a média de todos que fizerem o teste. Assim, poderá acompanhar o progresso do seu próprio conhecimento. (GUIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO, 2016, p 23)

A implementação do Laboratório de Habilidades Médicas e a sua expansão proporcionou um outro cenário de aprendizagem, no qual o aluno está em um ambiente protegido e tem a possibilidade de repetir práticas e treinar com simulacros, possibilitando uma aprendizagem significativa e segura.

O Laboratório se constitui no cenário das práticas do cuidar em Medicina tendo em vista o desenvolvimento de competências. Estas se dão a partir da aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes próprias para o exercício da profissão. Para a formação deste profissional, portanto, é necessário que o processo de ensino-aprendizagem crie as oportunidades que permitam aos discentes vivenciar as situações que os levem a adquirir as necessárias competências para o exercício do Cuidado. Para a formação do médico, nem todas as habilidades e atitudes podem ou devem ser treinadas na situação de vida real, sendo o laboratório um cenário estratégico e valioso no desenvolvimento das práticas de ensino. (GUIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO, 2016, p. 25)

O Guia novamente explicita as vantagens pedagógicas desta modalidade de ensino, proporcionando ao estudante informações balizadoras da metodologia, como segue:

Existem inúmeras vantagens neste tipo de ensino. Dentre elas ressaltamos: A importância do contato inicial do discente com técnicas e procedimentos ainda em modelos e/ou instrumentos didáticos; Treinamento e repetição de técnicas para aquisição de segurança e habilidade no desempenho de atividades hospitalares; Aperfeiçoamento de técnicas e procedimentos de maior complexidade; Interação em grupos troca de experiências, aprendizado prático, valorização de experiências concretas e simulação de situações reais através da dramatização; Aproximação com a realidade para melhor entendimento e fixação do conteúdo. (GUIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO, 2016, p 26)

O Guia do Estudante (2016) traz luz a respeito da proposta pedagógica do estágio de internato fazendo em suas páginas finais uma síntese das metodologias e cenários empregados:

Aulas práticas com pacientes priorizando o formato de pequeno grupo no Ambulatório de Infectologia, Ambulatório de Pneumologia, Ambulatório de Hematologia, Ambulatório de Cardiologia Pediátrica, Ambulatório de Pediatria Geral, Ambulatório de Adolescente, Ambulatório de Pediatria Neonatal, Ambulatório de Cirurgia Pediátrica, Enfermaria de Pediatria, Alojamento Conjunto, Laboratório de Habilidades, Centro de Toxicologia e Pronto Socorro de Pediatria; Biblioteca; Laboratório de Habilidades (teórico-prático em manequins); Reunião clínica do serviço de pediatria com seminário multidisciplinar; Iniciação Científica (Relato de Caso); Oficinas de Casos Clínicos; Ciclo pedagógico; Período de estudo. (GUIA DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO, 2016, p 35)

As mudanças de estratégias pedagógicas no internato estão ocorrendo de alguma forma em todos os cursos de Medicina, e a instituição com a publicação deste guia e, principalmente, com as mudanças filosóficas e epistemológicas assumidas, vem conseguindo se aproximar dos métodos e objetivos postos pela DCN (2014) como segue:

Art. 29. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve: I - ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações identificadas pelo setor saúde; II - utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão; III - incluir dimensões ética e humanística, desenvolvendo, no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania ativa multicultural e para os direitos humanos; IV - promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais; V - criar oportunidades de aprendizagem, desde o início do curso e ao longo de todo o processo de graduação, tendo as Ciências

Humanas e Sociais como eixo transversal na formação de profissional com perfil generalista; VI - inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem; VII - utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, em especial as unidades de saúde dos três níveis de atenção pertencentes ao SUS, permitindo ao aluno conhecer e vivenciar as políticas de saúde em situações variadas de vida, de organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional; VIII - propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde, desde o início de sua formação, proporcionando-lhe a oportunidade de lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida, na graduação, com o internato; IX - vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS; X - promover a integração do PPC, a partir da articulação entre teoria e prática, com outras áreas do conhecimento, bem como com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, de maneira a propiciar uma formação flexível e interprofissional, coadunando problemas reais de saúde da população;

Art. 30. A implantação e desenvolvimento das DCNs do Curso de Graduação em Medicina deverão ser acompanhadas, monitoradas e permanentemente avaliadas, em caráter sequencial e progressivo, a fim de acompanhar os processos e permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

Art. 31. As avaliações dos estudantes basear-se-ão em conhecimentos, habilidades, atitudes e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as DCNs objeto desta Resolução.

Art. 32. O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, bem como desenvolver instrumentos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados, em consonância com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e com a dinâmica curricular definido pela IES em que for implantado e desenvolvido. BRASIL (2014)

A avaliação do projeto pedagógico para o curso de Medicina em 2013, já demonstra a preocupação de atender a Diretriz Curricular Nacional (2001), vigente em 2013, ano de publicação do projeto pedagógico como segue:

Os referenciais utilizados na construção do PPC advêm das diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina, Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001, que orientam a formação do médico a partir da compreensão do Sistema Único de Saúde (SUS), além de aplicar fundamentos educacionais e metodológicos que interligam o ensino, a pesquisa e a extensão e são compatíveis com as competências pretendidas para o profissional médico.

No projeto pedagógico de 2013, o capítulo cinco era inteiramente voltado para o estágio do internato, no qual se observa que os alunos naquele momento tinham uma carga horária significativa na atenção básica em saúde que

ficava concentrada no sétimo termo e oitavo termo, nono e no décimo termo e décimo primeiro termo as atividades didáticas pedagógicas eram basicamente desenvolvidas em hospitais secundários e terciários:

O estágio curricular supervisionado de treinamento em serviço, em regime de Internato, situa-se nos dois últimos anos do curso médico (do nono ao décimo segundo termos), correspondendo ao período de treinamento em serviço. No nono e no décimo termos (5o. ano), prioriza-se a formação voltada para a atenção primária à saúde. Os discentes, divididos em grupos, realizam estágios em rodízio pelas áreas de Saúde do Adulto (Clínica Médica e Cirurgia Geral), Saúde Infantil (Pediatria), Saúde da Mulher (Ginecologia e Obstetrícia) e Saúde Coletiva (que engloba ações tanto em relação à Saúde do Adulto quanto Materno-Infantil e que encerra o eixo do projeto pedagógico voltado para a formação em Atenção Básica à Saúde e Estratégias Saúde da Família). Os programas aqui desenvolvidos dão continuidade ao ensino prático das UAs realizado nos 7º e 8º termos do curso (Saúde do Adulto, Saúde Materno-Infantil e Programa de Atenção Integral do SUS). Estes estágios contemplam fundamentalmente o atendimento ambulatorial com priorização à atenção básica à saúde realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Programas Estratégias Saúde da Família (ESF) do Município de Presidente Prudente-SP. Além da atenção básica à saúde realizada nas UBS e ESF os discentes de Medicina também realizam estágios nos ambulatórios de atenção complementar aos atendimentos básicos e especializados dos Hospitais Regional e Estadual de Presidente Prudente. O agendamento das consultas novas é feito por uma central de encaminhamentos e agendamentos da DIR de Presidente Prudente e as consultas de retorno são agendadas nos respectivos hospitais.

O estágio de internato do curso de Medicina sofreu mudanças em sua grade curricular nos últimos dois anos, atendendo as orientações das DCN de 2014. Anteriormente o internato iniciava-se no nono termo e prosseguia até o décimo segundo termo, os alunos rodiziavam nas enfermarias e ambulatórios de clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria e saúde básica, este desenvolvido em Postos de Saúde e Unidades Básicas de Saúde. Houve uma completa reestruturação da grade curricular do estágio de internato. Atualmente o nono termo passa pelos estágios de Atenção Básica I, Saúde Mental, Urgência e Emergência, os alunos do décimo termo passam pelos estágios de Atenção Básica II, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria, os alunos do décimo primeiro termo estagiam em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Saúde Coletiva, os alunos do décimo segundo termo rodiziam em Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, Urgência e Emergência II. Os alunos do nono, décimo,

décimo primeiro termo tem duzentas e cinquenta horas em cada rodízio e os do décimo segundo termo duzentas sessenta horas em cada disciplina.

Atualmente os alunos do nono termo são divididos em quatro grupos de cerca de dez alunos que rodíziam no estágio de enfermagem de Clínica Médica, enfermagem de Cardiologia, ambulatório de Cardiologia e atendimento nas Unidades Básicas De Saúde, estes grupos rodam o estágio a cada 12 dias, a enfermagem de clínica médica conta com vinte leitos, e os alunos são supervisionados por dois docentes do curso de Medicina, mas têm contato com outros médicos contratados para a enfermagem e residentes, além das equipes multidisciplinares. No nono e décimo primeiro termo, no nono termo passam pelo estágio de cardiologia e clínica médica, os rodízios acontecem a cada 12 dias. Os alunos do décimo primeiro termo são divididos em quatro grupos sendo cerca de 10 alunos por grupo que rodíziam nos estágios de pneumologia, ambulatório e enfermagem, sendo que a enfermagem conta com doze leitos, ambulatório e enfermagem de infectologia, a enfermagem conta com doze leitos, ambulatório e enfermagem de hematologia, doze leitos de enfermagem e um estágio de ambulatórios em especialidades.

Concordante com Veiga (2015), a análise documental da instituição participante deste trabalho demonstra tratar-se de um currículo híbrido que mescla ensino tradicional com nuances de ABP (Aprendizagem Baseada em Problemas). Este desenho metodológico de ensino tem a função primária de romper com modelos paradigmáticos comprometidos com um ensino Flexneriano e, portanto, baseado no pensamento positivista-cartesiano “saúde-doença”. Observa-se a tentativa de aproximar-se de um modelo biopsicossocial que compreende o ser humano em sua complexidade.

De acordo com Santos (1996), a busca de metodologias ativas em uma instituição de ensino médico objetiva criar no médico a conflitualidade necessária com a finalidade de gerar a discussão dialética para a ressignificação do conhecimento e sua reconstrução. Habilidade a ser desenvolvida para a melhor *praxis* médica.

O devido contraponto às mudanças curriculares postas, dizem respeito aos seus fundamentos filosóficos que “vendem” a ideia de que o professor mediador, a ABP, a problematização entre outras técnicas de ensino, tratem-se de inovação

quando na verdade nascem no início do século XX, dentro da perspectiva da escolanovismo. Importante ainda ressaltar que as DCNs tiveram forte influência política em sua constituição pedagógica por instituições estrangeiras como a OPAS (Organização Pan-americana Assistência à Saúde) e a OMS. De acordo com Conterno e Lopes (2016), a discussão metodológica deve necessariamente passar pela discussão epistemológica senão não há razão de ser.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

O trabalho se constituiu em uma pesquisa qualitativa, configurando-se como um estudo de caso, envolvendo os docentes do internato de uma Universidade privada do interior do estado de São Paulo.

A pesquisa qualitativa se caracteriza como uma abordagem que possibilita realizar descrições com detalhes do objeto pesquisado. A análise pode ser feita de maneira ampla e livre e a partir dessa é possível criar categorias resultantes da própria coleta de dados.

A pesquisa qualitativa ou naturalística envolve a obtenção de dados descritivos, conseguidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada, enfatiza mais o processo do que o produto e se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 13).

Para Minayo (2010) a abordagem qualitativa possibilita a contextualização dos sujeitos investigados buscando a compreensão dos significados de suas experiências de vida e de suas interpretações sobre o mundo e sobre si mesmos, levando em conta os entendimentos e conflitos em seus depoimentos.

A opção pelo estudo de caso é justificada uma vez que o foco de atenção e investigação da pesquisa está concentrado na figura de sujeitos, ou seja, médicos-docentes do internato de um curso de graduação em Medicina da referida instituição. Essa opção se sustenta em Lüdke e André (1986), que afirma que os estudos de caso têm como objetivo à descoberta. Mesmo que o investigador parta de alguns pressupostos teóricos iniciais, ele deverá se manter constantemente atento a novos elementos que podem surgir como itens importantes durante do estudo; estes poderão ser acrescentados no trabalho, na medida em que o estudo avance.

3.1 Participantes da pesquisa

Para a realização do trabalho foram convidados a participar do estudo seis professores que atuam no ciclo profissionalizante nas enfermarias de clínica médica, hematologia, cardiologia e pneumologia em ambiente hospitalar e que

tiveram interesse e para participar da pesquisa. O perfil desses docentes está apresentado na análise dos dados.

3.2 Procedimentos da pesquisa

Para atingir os objetivos propostos foram utilizados os seguintes procedimentos de pesquisa:

3.2.1 Análise Documental

De acordo com Gil (2002, p.62-3), a pesquisa documental apresenta algumas vantagens por ser “fonte rica e estável de dados”: não implica altos custos, não exige contato com os sujeitos da pesquisa e possibilita uma leitura aprofundada das fontes. Ela é semelhante à pesquisa bibliográfica, segundo o autor, e o que a diferencia é a natureza das fontes, sendo material que ainda não recebeu tratamento analítico, ou que ainda pode ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa. Segundo Pádua (1997, p.62):

Pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais, na investigação histórica, a fim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências [...]

Servimo-nos para a análise documental de diversos documentos institucionais que norteiam a organização do curso de Medicina e, principalmente, do período do internato, em tela. Para tanto analisamos as Diretrizes Curriculares Nacionais, 2001 e 2014; Guia do Estágio Supervisionado, 2016; Projeto Pedagógico do Curso de Medicina de 2013, 2014 e atualizado em 2016 e o Regulamento do curso da Faculdade de Medicina de 2014.

3.2.2 Aplicações de Questionário

Foi aplicado um questionário com questões objetivas (fechadas) (Apêndice A) que objetivou traçar o perfil dos participantes. A escolha por questionário se justifica, pois pode ser definido como uma técnica de investigação

social composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações para traçar o perfil dos participantes.

O questionário foi respondido imediatamente antes da entrevista com roteiro semiestruturado e seus dados foram transcritos e catalogados. As questões eram voltadas à identificação dos professores no que diz respeito aos aspectos pessoais e profissionais, a saber: sexo, idade, estado civil, formação (em nível médio e superior), tempo de exercício profissional e docente, situação profissional, horas de trabalho semanal, tempo de atuação no internato, dentre outras.

Os questionários foram aplicados no segundo semestre do ano de 2017

3.2.3 Entrevistas com roteiro semiestruturado

A entrevista com roteiro semiestruturado pareceu-nos um caminho que deveria ser seguido, pois segundo Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1999) a entrevista permite a abordagem de temas complexos, os quais, dificilmente, poderiam ser investigados e explorados, de maneira adequada e aprofundada, por meio do questionário.

Para Lüdke e André, (1986, p. 39), a entrevista:

[...] permite ao pesquisador trabalhar e refletir sobre as falas dos participantes e possibilita o contato mais direto com os mesmos, trazendo diversas possibilidades que outras técnicas não proporcionariam, é por meio dela que é possível o tratamento de assuntos de natureza estritamente pessoal e íntima, assim como temas de natureza complexas e de escolhas nitidamente individuais.

Na entrevista a relação que se cria é de interação entre quem pergunta e quem responde. Isso acontece, pois não há a imposição de uma ordem rígida de questões. O entrevistado discorre sobre o tema proposto com base nas informações que ele já tem pré-determinado, que são os verdadeiros objetivos da entrevista

As entrevistas desenvolvidas nesta pesquisa foram realizadas a partir de um roteiro pré-determinado (Apêndice B), procurando identificar respostas para as questões que norteiam o trabalho, para o melhor resultado na obtenção dos dados coletados. Utilizamos, com a permissão dos sujeitos da pesquisa, o recurso de gravação de áudio e posterior transcrição. Desta forma acredita-se que tivemos melhor condição para esclarecer possíveis dúvidas e fazer as análises. As

entrevistas foram pré-agendadas e individuais, ocorreram nas dependências do hospital de ensino, imediatamente antes do docente iniciar sua visita médico-acadêmica com os internos e residentes. As entrevistas aconteceram, também no segundo semestre de 2017, em horários previamente agendados e duraram cerca de 20 minutos cada uma.

3.2.4 Observações da prática docente

Foram realizadas observações da ação dos professores, junto com os alunos, no seu espaço de atuação – o internato. Os registros das observações ocorreram no dia da entrevista semiestruturada com os docentes. O fato do pesquisador fazer parte tanto do corpo clínico do hospital como do corpo docente da faculdade, tornou a sua observação quase que despercebida pelos alunos e pacientes, apesar da ciência destes. As observações ocorreram durante uma visita completa de cada um dos seis docentes participantes da pesquisa. O registro das observações ocorreu em um diário de campo, procurando explicitar os principais elementos que configuram sua atuação. (Apêndice C) Acompanhamos as visitas médicas logo após a coleta dos dados da entrevista semiestruturada. Fizemos ainda nova incursão em outro horário previamente combinado com o docente participante da pesquisa.

3.3 Análises dos dados

O tratamento dos dados coletados foi realizado numa perspectiva qualitativa a qual implica em analisar todo o material coletado por meio dos questionários, entrevistas semiestruturadas e do registro das observações. Temos como referência a análise de conteúdos de Bardin (2011) para a categorização dos resultados. A autora salienta que “a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”, pressuposto que se adequa perfeitamente à pesquisa qualitativa que busca a essência do fenômeno estudado (BARDIN, 2011, p. 45).

Nesse processo se buscou levantar as interrelações, identificar tendências gerais e particulares, bem como propor indicativos de reflexão que pudessem contribuir para a construção da identidade do médico-docente.

Inicialmente transcrevemos as entrevistas, iniciando a leitura flutuante. Sequencialmente escolhemos os índices ou categorias, que surgiram das questões norteadoras, e a organização destes em indicadores ou temas. Os temas que se repetem com muita frequência são recortados “do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados” (BARDIN, 2011, p.100). Na segunda fase, ou fase de exploração do material, foram escolhidas as unidades de codificação, adotando-se os seguintes procedimentos de codificação [que compreende a escolha de unidades de registro – recorte; a seleção de regras de contagem – enumeração - e a escolha de categorias - classificação e agregação - rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns], classificação [semântico (temas, no exemplo dado), sintático, léxico – agrupar pelo sentido das palavras; expressivo - agrupar as perturbações da linguagem tais como perplexidade, hesitação, embaraço, outras, da escrita, etc...] e categorização (que permite reunir maior número de informações à custa de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los). Com a unidade de codificação escolhida, o próximo passo será a classificação em blocos que expressem determinadas categorias, que confirmam ou modificam aquelas, presentes nas hipóteses, e referenciais teóricos inicialmente propostos. Assim, num movimento contínuo da teoria para os dados e vice-versa, as categorias vão se tornando cada vez mais claras e apropriadas aos propósitos do estudo.

Para Bardin (2011) as categorias devem possuir certas qualidades como: exclusão mútua – cada elemento só pode existir em uma categoria; homogeneidade – para definir uma categoria, é preciso haver só uma dimensão na análise. Se existem diferentes níveis de análise, eles devem ser separados em diferentes categorias; pertinência – as categorias devem dizer respeito às intenções do investigador, aos objetivos da pesquisa às questões norteadoras, às características da mensagem, etc.; objetividade e fidelidade – se as categorias forem bem definidas, se os temas e indicadores que determinam à entrada de um

elemento numa categoria forem bem claros, não haverá distorções devido à subjetividade dos analistas; produtividade – as categorias serão produtivas se os resultados forem férteis em inferências, em hipóteses novas, em dados exatos. A seguir, agrupam-se os temas nas categorias definidas, em quadros matriciais, pelos pressupostos utilizados por Bardin (2011). Tendo sido elaboradas as categorias sínteses, passa-se à construção da definição de cada categoria. A definição pode obedecer ao conceito definido no referencial teórico ou ser fundamentada nas verbalizações relativas aos temas, ambos, título e definição, devem ser registrados nos quadros matriciais. Ainda de acordo com Bardin (2011), as categorias podem ser criadas a priori ou a posteriori, isto é, a partir apenas da teoria ou após a coleta de dados.

A terceira fase do processo de análise do conteúdo é denominada tratamento dos resultados – a inferência e interpretação. Calcado nos resultados brutos, o pesquisador procurara torná-los significativos e válidos. Esta interpretação deverá ir além do conteúdo manifesto dos documentos, pois, interessa ao pesquisador o conteúdo latente, o sentido que se encontra por trás do imediatamente apreendido. A inferência na análise de conteúdo se orienta por diversos polos de atenção, que são os polos de atração da comunicação. É um instrumento de indução (roteiro de entrevistas) para se investigarem as causas (variáveis inferidas) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores, referências), segundo Bardin (2011, p. 137). Os conceitos dão um sentido de referência geral, produzem imagem significativa. Os conceitos derivam da cultura estudada e da linguagem dos informantes, e não de definição científica. Ao se descobrir um tema nos dados, é preciso comparar enunciados e ações entre si, para ver se existe um conceito que os unifique. Quando se encontram temas diferentes, é necessário achar semelhanças que possa haver entre eles. A proposição é um enunciado geral baseado nos dados. Enquanto os conceitos podem ou não se ajustar, as proposições são verdadeiras ou erradas, mesmo que o pesquisador possa ou não ter condições de demonstrá-lo. O certo é que as proposições derivam do estudo cuidadoso dos dados.

Durante a interpretação dos dados, é preciso voltar atentamente aos marcos teóricos, pertinentes à investigação, pois eles dão o embasamento e as

perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica, é que dará sentido à interpretação. As interpretações a que levam as inferências serão sempre no sentido de buscar o que se esconde sob a aparente realidade, o que significa verdadeiramente o discurso enunciado, o que querem dizer, em profundidade, certas afirmações, aparentemente superficiais.

De posse dos dados coletados foram realizadas as análises com levantamento das seguintes categorias:

- 1) Percepção do médico docente ao respeito do seu espaço de ensino;
- 2) Configuração da identidade profissional médico-docente;
- 3) Proposições didáticas pedagógicas assumidas por estes docentes;
- 4) Sistematização e planejamento das visitas médicas;
- 5) Dificuldades e limitações que se manifestam na prática docente.

Utilizamos ainda na análise de conteúdo, para auxiliar a interpretação e discussão dos resultados um *Software* de análise textual chamado IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) 0.6 alpha 3, sendo incluídos na construção do *corpus* somente os resumos e *abstract* das entrevistas semiestruturadas. Este *software* foi elaborado por Pierre Ratinaud e permite fazer análises estatísticas através da linguagem Python e estruturação básica do *software* R. O IRaMuTeQ disponibiliza cinco tipos de análise textual: I - Estatística Clássica, II - Especificidades e Análise Fatorial de Correspondência (AFC), III - Classificação Hierárquica Descendente (CHD), IV - Análise de Similitude e V - Nuvem de Palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013; CAMARGO; JUSTO, 2016).

O uso de *softwares* para auxiliar a análise de informações dos textos cresceu nos últimos anos, principalmente em estudos em que o *corpus* da pesquisa é volumoso (CAMARGO; JUSTO, 2013; CAMARGO; JUSTO, 2016). Nas diversas áreas: Ciências Humanas, Sociais e da Saúde, os dados encontrados nas pesquisas qualitativas refletem crenças, pensamentos e opiniões. A subjetividade desses resultados e a busca constante do rigor metodológico fazem com que a análise de dados seja uma etapa crucial para o pesquisador. É importante ressaltar que o IRaMuTeQ é apenas um instrumento de exploração. A interpretação crítica dos

gráficos e sua relação com a referência bibliográfica deve ser realizada pelo pesquisador (LAHLOU, 2012).

Os resultados e discussão desta revisão serão apresentados por quatro tipos de gráficos de análise textual IRaMuTeq: 1 – Especificidades e AFC, 2 - Análise de Similitude, 3 - Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e 4 - Nuvem de Palavras. As análises do tipo CHD foram utilizadas porque obtiveram retenção mínima de 75% dos segmentos de texto. Quando isso não acontece recomenda-se que o método CHD seja abandonado, pois não fornece análise adequada, apenas parcial. Sugere-se utilizar apenas a análise de especificidades (CAMARGO; JUSTO, 2013; CAMARGO; JUSTO, 2016).

Para a análise final dos dados realizamos uma leitura minuciosa informações coletadas nos questionários e nas entrevistas, em especial destacando nas falas dos docentes compreender a sua ação docente no internato. Esses elementos, relacionados aos gráficos de similitude e às nossas observações das visitas médicas que acompanhamos permitiram as correlações necessárias para o levantamento das categorias. Em cada categoria buscamos inserir além da análise do discurso a nossa impressão da prática docente em processo durante as visitas. Esta avaliação foi extremamente enriquecedora, pois permitiu avaliar o mesmo momento com três metodologias diferentes que se complementaram e permitiram uma visão bastante ampla da ação docente em enfermaria.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Nesse processo de análise apresentamos em um primeiro momento os dados do perfil docente dos participantes da pesquisa. No segundo momento apresentamos, a partir da análise de conteúdo de Bardin (2009) (dados das entrevistas semiestruturadas e das observações das práticas em campo), e da análise por software IRaMuTeQ, os resultados buscando com isso desvelar a realidade do ser médico professor nesta Instituição de Ensino Superior.

4.1 Perfil dos docentes participantes da pesquisa

A partir dos questionários foi possível traçar o perfil dos docentes participantes da pesquisa estão inseridas na tabela 1.

Tabela 1 - Perfil dos participantes.

Variável	Nº	%
SEXO		
Feminino	3	50
Masculino	3	50
Total	6	100
IDADE		
30 a 35 anos	1	16,6
36 a 40 anos	2	33,4
41 a 45 anos	2	33,4
> 45 anos	1	16,6
Total	6	100
TEMPO DE ATUAÇÃO DOCENTE		
1 a 5 anos	2	33,4
6 a 10 anos	1	16,6
11 a 15 anos	3	50
Total	6	100
TITULAÇÃO		
Especialização	4	66,6
Mestrado	1	16,7
Doutorado	1	16,7
Total	6	100

Fonte: Dados coletados pelo autor/2017

A tabela apresenta a caracterização dos participantes da pesquisa que mostra uma distribuição equitativa entre os docentes quanto ao sexo, idade. Em relação ao tempo de atuação, há uma predominância de profissionais com mais de cinco anos de atuação e 50% dos mesmos atuam há mais de 10 anos. Já quanto à formação acadêmica, verifica-se a predominância de docentes não titulados, ou seja, apenas com especialização (quatro docentes) sendo que apenas um é Mestre em Cardiologia e um possui Doutorado em Pneumologia, característica positiva para a análise dos dados uma vez que possibilita inferências a respeito dos sentimentos e vivências das diversas categorias de docentes que compõe o quadro da faculdade.

Observamos ainda um número pequeno de mestres e doutores exercendo a docência no ciclo de formação do internato, isto deve-se ao fato de que os médicos-docentes que atuam em enfermaria em geral têm uma dedicação do seu tempo de trabalho mais voltado à assistência de pacientes, atuando em consultórios médicos, enfermarias e com menor tempo dedicado ao ensino, por conseguinte entre os docentes mais velhos é comum o desinteresse em completar a sua formação acadêmica. Todavia, entre os docentes mais jovens o interesse pela pós graduação é maior como exemplo o próprio autor da pesquisa e o depoimento do Docente (1)

Acho que o mestrado traz uma qualificação que necessito e me propicia mais segurança em exercer minha atividade docente

4.2 Análise categorial dos discursos dos docentes

A seguir apresentamos algumas categorias levantadas a partir das entrevistas realizadas com os docentes.

1) Percepção do médico docente ao respeito do seu espaço de ensino.

Os docentes foram concordantes quanto à necessidade de modificar o espaço de ensino com a inserção de recursos tecnológicos conforme discurso do Docente (2)

Por exemplo, se eu preciso ver um RX eu não consigo visualizar esse RX dentro do quarto, eu preciso sair do quarto para olhar no negatoscópio, se eu tenho que ver os exames prévios eu não consigo visualizar isto dentro do quarto, nas condições ideais eu acho que seria uma tela de computador dentro de cada quarto para que a gente conseguisse visualizar todos os exames, tudo isso. (D2)

O espaço de aprendizagem em uma enfermaria de clínica médica de um hospital assistencial e de ensino tem particularidades e estrutura que muitas vezes não é o ideal, conforme apontado pelos docentes desta pesquisa. A distribuição dos pacientes nos quartos, o acesso às informações dos doentes no momento da visita, o número de alunos por doentes são algumas dificuldades encontradas pelos docentes na sua ação diária no processo de ensino aprendizagem. A necessidade de uma melhor adequação do espaço é patente e certamente pequenas mudanças trariam uma dinamização das visitas médicas

A relação aluno paciente na visão do Docente (6) tem impacto na formação e no aproveitamento das visitas médicas em enfermaria e destaca ainda a necessidade de uma visita multiprofissional para garantir uma discussão mais profícua do caso clínico posto, conforme transcrição abaixo.

Primeiro você tem que ter um número e uma variabilidade de pacientes razoável, uma proporção de acadêmico por leito no mínimo um pra um, no máximo, perdão um pra um, é o ideal seria que fossem mais leitos por acadêmico inclusive, eu acho que a presença da equipe multidisciplinar engrandece a visita, a presença do fisioterapeuta, a presença da enfermagem na visita... (D6)

A fala do docente coaduna com a proposição do Ministério da Saúde que a partir da portaria 2.809, de dezembro de 2012, orienta a organização dos Cuidados Prolongados ao usuário hospitalizado que necessite de cuidados em reabilitação intensivos, semi-intensivos ou não intensivos, quanto a necessidade de desenvolver, a nível hospitalar, estratégia multidisciplinar de assistência integral, humanizada e individualizada, articulada com os demais pontos de atenção da rede de saúde.

Ainda em relação à visita multiprofissional vale ressaltar que o trabalho em equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo configurada na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, através de uma articulação

consoante à proposta da integralidade das ações de saúde. Para Peduzzi (2001) esta articulação é caracterizada como situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas.

Em todas as entrevistas observou-se a preocupação dos docentes com o espaço e conformação da visita médica para sua melhor efetividade e qualidade. A preocupação com a distribuição dos leitos entre os alunos e o tempo dedicado à visita médica também ficou patente em todas as entrevistas.

Observamos que o tempo de visita médica, como observado por alguns docentes, é exíguo em alguns casos clínicos, pois a complexidade do paciente demandaria um período de discussão maior para o completo aproveitamento teórico e prático do doente. A discussão em separado destes casos por meio de seminários seria uma oportunidade para o devido aprofundamento e desdobramentos cognitivos necessários para a aprendizagem.

A visita é conduzida pelo médico-docente que é acompanhado pelos médicos- residentes, R1 e R2, eventualmente pela enfermeira do setor. Geralmente de 10 a 12 alunos participam da visita médica a depender do grupo que estiver rodiziando naquele período. Após a apresentação do caso à beira-leito, inicia-se a discussão quanto aos mecanismos de doença, recursos diagnósticos a serem empregados, opções terapêuticas e prognóstico.

O exame físico do paciente já foi realizado pelo interno e pelo residente e raramente é repetido pelo professor a não ser que haja dúvidas quanto à fidedignidade das informações.

Observamos que em praticamente todas as visitas que presenciamos os alunos não foram inquiridos a demonstrar suas habilidades quanto ao exame físico e anamnese, confirmando as análises de Mavis (2000), que os alunos utilizam apenas 20% de seu tempo de estudo para treinar a realização de exame físico.

Ainda segundo Holmboe (2004), em contraponto à observação do Docente (2), apesar da importância do acesso à tecnologia, a anamnese e o exame físico são ainda as ferramentas mais importantes para o diagnóstico e a maior parte dos alunos concluem o curso médico com deficiências nesta habilidade essencial.

As visitas iniciaram no horário combinado e parece que é um modelo que auto se organiza através das facilidades de comunicação dos dias de hoje como *whats-app*, porém observamos que alguns alunos se desconectam da visita e ficam ao lado olhando redes sociais ou outros *gadgets*. Esta se inicia com o aluno fazendo um resumo do caso clínico, quando o paciente já é conhecido ou relata toda anamnese quando é um paciente que foi internado no dia anterior.

Observamos que ocorre muita dispersão dos alunos que não estão diretamente envolvidos com o paciente, as conversas paralelas e o trânsito de outras pessoas como copeiras, auxiliares de enfermagem e acompanhantes dificultam a atenção dos alunos e muitas vezes faz com que estes percam oportunidades de aprendizagem.

2) Configuração da identidade profissional médico-docente.

Os docentes mais velhos não observam conflitos importantes em sua atuação como médicos e como docentes conforme discurso do Docente (5)

...eu me sinto relativamente confortável tanto como médico e como docente nas duas situações eu pessoalmente não tenho muitos conflitos pessoais eu encaro todas as duas, eu não vejo as duas batendo de frente e sim somando uma a outra, então na verdade em minhas condutas como professor...

Os docentes mais jovens do grupo identificam maior dificuldade de exercer sua atividade docente do que a atividade médica, conforme discurso do Docente (3).

Eu acho meio difícil, eu acho que quando você é só um docente que vem sem ser o médico assistente eu acho mais fácil, ao mesmo tempo tem o papel de que você não tem uma relação medico paciente...

Algo a ser debatido para a constituição do médico-docente são os paradigmas de formação da identidade do médico e da formação do docente. Fica claro nos discursos dos docentes a importância da vivência e da experiência na construção de sua identidade profissional e na criação da sua imagem como médico e docente que evidentemente, estará em processo no profissional jovem e bem mais acabada no médico docente mais velho. Depende-se disto a importância da heterogeneidade do grupo de docentes que o aluno tem contato durante o internato para que em sua convivência com os docentes tenha oportunizado ao mesmo a

salutar variabilidade de conceitos e identidades prontas e inacabadas. De sorte que o aluno pode por meio desta vivência construir e reconstruir a sua própria identidade profissional.

Para Bendle (2002), a identidade é algo que está em constante movimento, as pessoas assumem diversas identidades ao longo da vida, passando por situações de reconstrução de sua imagem que se torna fragmentada, múltipla e transitória.

Portanto, os contextos reais de exercício da docência, valendo-se do impacto da cultura escolar e da própria natureza dos alunos, influenciam a reconstrução da identidade do jovem professor. De acordo com Reid et al., (2008) o sentimento de pertença, as emoções daí resultantes e a habilidade para transformar o conhecimento sempre que ele se torne insuficiente ante o contexto revelam-se então de extrema importância na “arte de ser, de se tornar e de se envolver”.

Outro elemento importante na discussão da identidade, diz respeito à competência na ação profissional. Esta participa do movimento em processo da construção identitária conforme Batista, Pereira e Graça(2012):

A competência ultrapassa largamente o conhecimento, habilidades e atitudes generalizáveis. Estes são elementos ou dimensões da competência que apenas ganham significado pela reflexão, pelo envolvimento nas tarefas, no engajamento profundo (compreensão profunda) da prática profissional (em situação). Por outras palavras, saber não é suficiente para fazer, nem fazer é suficiente para aprender. A competência requer experiência e reflexão, seja a que nível for de experiência. [...] É também pelos sentidos atribuídos à ação competente que se constrói e reconstrói uma matriz identitária na profissão. (BATISTA; PEREIRA; GRAÇA, 2012, p. 86)

Retomando os discursos do Docente (5) e do Docente (3), observamos um distanciamento na visão de ambos em relação ao seu papel de médico e de docente, para o primeiro é algo que se soma e para o segundo o papel de médico está já bem estabelecido, pelo menos no que diz respeito à sua auto imagem, enquanto que o papel de docente está em construção.

O discurso do Docente (1) é concordante com o Docente (3) como observado abaixo

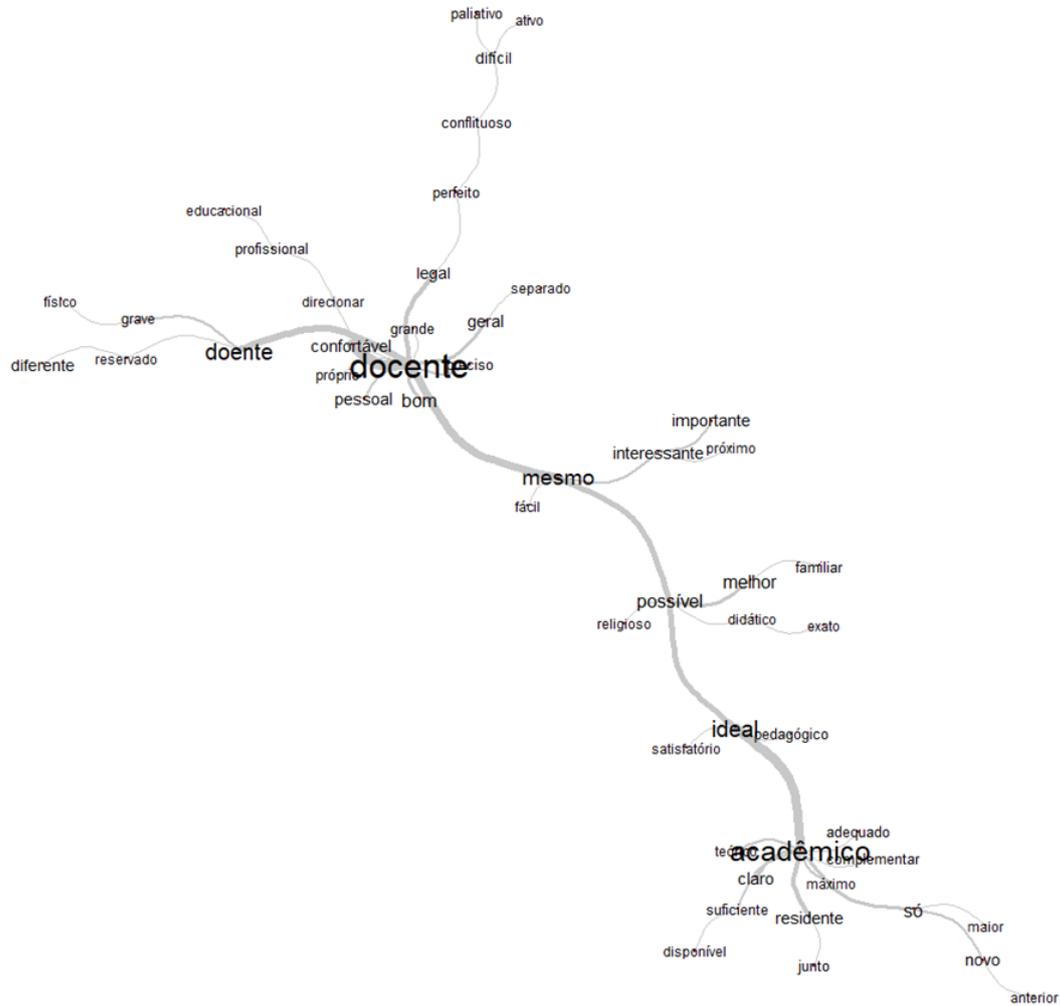
Olha eu acredito que a gente pode chegar perto, eficientemente 100% para os dois, é eu acho que em algumas situações a gente consegue, mas na

maioria não. Na maioria a gente atende o doente e deixa o aluno numa expectativa...

Ao fazermos a análise de discurso utilizando o IraMuTeQ, não foi surpresa o fato de observarmos a identidade do médico sobrepujar a do docente, pois conforme já citamos os médicos que atuam em enfermarias tem o seu foco principal no paciente. Pode-se atribuir isto ao fato de haver uma dedicação de tempo muito maior ao papel assistencial do que ao acadêmico.

Apesar de nos discursos haver o desejo bastante concreto em atuar de forma equitativa tanto na assistência quanto no ensino durante as visitas médicas por vários momentos os alunos ficam em segundo plano e todo o foco fica na assistência, quando fazemos a análise de similitude demonstra-se graficamente esta nossa observação de que o foco acaba por ser o paciente e, por muitas vezes, não ocorre o devido balanceamento entre assistência e ensino. Conforme Gráfico 1 e 2 de Análise de similitude A e B.

Gráfico 2 - Análise de Similitude B



Fonte: Dados da pesquisa

A construção deste gráfico de similitude utilizou os adjetivos dos discursos dos docentes. A análise demonstra um distanciamento entre o docente e o acadêmico. Aparece novamente a proximidade do termo “doente” e “docente”, caracterizando a atividade médica do professor. Observa-se ainda a proximidade dos termos “disponível”, “claro”, “adequado” do termo “acadêmico”, mostrando uma visão passiva do ensino, no qual o aluno é um depositário de conhecimento que deve ser preenchido.

3) Proposições didáticas pedagógicas assumidas por estes docentes.

A preocupação com a formação pedagógica e didática aparece nos discursos de todos os docentes conforme discurso do Docente (1).

...talvez precise de um pouco mais de didática, entendimento de pedagogia e creio que o mestrado e o doutorado fornecem isso para mim.

Os docentes entrevistados afirmam não terem um conhecimento formal de didática e pedagogia o que gera dúvidas e insegurança em sua ação docente. A necessidade de aprimoramento dá a tônica dos discursos. O Docente (4) reafirma com mais ênfase este sentimento de dificuldade quanto às técnicas de ensino, conforme trecho abaixo:

Eu me enxergo assim, eu acho que tem um pouco ainda é um pouco deficitário em algumas coisas, porque, por exemplo, o lidar com o aluno, lidar com as situações, eu acho um pouco ainda deficitário, por mais que eu já tive alunos no pronto socorro eu já tive alunos na enfermaria...

A capacitação docente, especialmente após a implantação das novas Diretrizes Curriculares (2014), tornou-se um desafio importante para os professores que atuam na formação do futuro profissional no período do internato.

Seguindo esta linha de importância da preceptoria na formação do médico, pesquisa realizada por Brant (2008) concorda que se observa nos discursos dos docentes a falta de preparo acadêmico para a sua ação como docente e a preocupação com a formação contínua. A oferta de cursos de didática e pedagogia direcionada para este público seria uma solução para os anseios deste grupo que em sua grande maioria aprendeu a ensinar, ensinando. O médico que tem uma formação bastante cartesiana e quando se torna docente a falta de modelos a seguir, é motivo de stress e insegurança.

As palavras dos docentes refletem certamente o pensamento de muitos outros, a busca de modelos de ensino a melhor estruturação física e tecnológica do espaço do internato e a formação contínua dos docentes é o tripé sobre o qual conseguiremos construir as mudanças propostas pela nova diretriz de ensino médico, com visão humanista da Medicina.

internato no seu processo de ensino e a falta de um conhecimento mais sistematizado do processo de ensinar. Percebemos a força da palavra “achar” nestes discursos em várias situações e principalmente as que envolviam a ação como professor o grau de incerteza era muito grande, todavia quando referia-se a atuação como médico eram perceptíveis o conforto e a segurança no agir e discursar. O termo “paciente” justifica-se pela preocupação do médico-docente com a correta assistência ao doente. Observa-se em quarto lugar de frequência o termo aluno, isto assim como os gráficos de similitude demonstra mais uma vez a dificuldade do ensinar e atender ao doente.

4) Sistematização e planejamento das visitas médicas

Dentre os docentes entrevistados dois não realizam um planejamento sistematizado de suas visitas médicas e “aproveitam” o momento da visita para discutir complicações à medida que estas aparecem conforme discurso abaixo do Docente (5):

...a gente tenta aproveitar melhor o que vai aparecendo, é uma maneira melhor vamos dizer mais, marcante para gente tentar passar alguma coisa daquele caso É mais dinâmico, e eu acho mais interessante, eu acho mais a nossa realidade. A nossa realidade não é uma coisa que você programe, ela simplesmente aparece na sua frente.

Os outros quatro docentes fazem um planejamento prévio genérico com objetivos gerais com a finalidade de discutir determinadas patologias de pacientes que estejam internados naquele momento. Em geral os docentes discutem com os alunos determinadas doenças com maior prevalência na população e utilizam como disparador casos de pacientes reais que estejam internados conforme discurso do Docente (4).

Perfeito, perfeito. Eu já conheço os casos eu sei, eu sei, eu adequo os casos ao tema que eu quero discutir...

O internato por tratar-se de aprendizagem em serviço traz em si uma dinâmica que muitas vezes não comporta um planejamento de aula nos padrões acadêmicos. Evidentemente que o docente deve traçar objetivos gerais a serem alcançados. Os participantes desta pesquisa em linhas gerais respeitam um

planejamento de ensino e buscam ativamente discutir as principais patologias que o médico generalista se depara em sua atividade diária, os mais jovens deixam esta conduta mais clara em seus discursos, conforme discurso do Docente (3)

Como médico docente eu procuro passar para o aluno é, o que da minha especialidade, o que ele usaria como clínico geral da minha especialidade, tentar transformar ou colocar informação de uma maneira que ele como clínico geral no dia a dia dele, possa tratar os pacientes cardiológicos que eles vão receber, evitando os pormenores os detalhes e passando mais o geral.

Estruturalmente as visitas médicas–acadêmicas foram muito semelhantes como se seguissem um roteiro estruturado, que de fato seguem, pois repetem o método de visitas clínicas já estabelecido pelo tempo. Interessante que mesmo os mais jovens não implementaram nenhuma mudança significativa neste quesito que parece estar cristalizado na memória dos professores. Somente uma docente tem estrutura de visita diferente da acima. Este organiza a sua visita médica em uma sala separada dos doentes, onde ocorre a discussão dos casos clínicos e após a visita o docente e os alunos passam nos quartos para tirar dúvidas quanto ao exame clínico ou anamnese.

A análise dos discursos quanto à sistematização e planejamento das visitas médicas demonstram a inexistência de planejamento ou quando há, de maneira bastante amadora. Vale ressaltar que segundo Veiga (2008):

...as intencionalidades na ação educativa efetivam-se em quatro níveis de decisão: no político, explicitado na legislação; na gestão educativa, explicitado no projeto pedagógico da instituição; no pedagógico, explicitado nos objetivos gerais e específicos das disciplinas curriculares; na prática pedagógica, concretizada nos objetivos explicitados no momento da organização didática da aula. (VEIGA, 2008, p. 277)

Analisando situacionalmente observa-se que em relação ao nível político os cursos de medicina devem seguir as DCNs, a IES participante do estudo tem projeto pedagógico acessível aos docentes porém as disciplinas apesar de terem em documentos objetivos gerais e específicos a construção destes não é participada à todos os docentes e muitas vezes torna-se letra morta. Portanto, esta falta de planejamento das disciplinas do internato faz com que a organização didática das visitas não ocorra a contento. Vale salientar que o professor de acordo

com Vasconcellos (1995) deve organizar o processo didático sendo o mediador desta ação. O papel do professor-docente em enfermagem é certamente o que mais se aproxima deste conceito, tendo em vista que faz a mediação em tempo real do aluno e do paciente. Segundo Veiga (2008):

A organização da aula é um projeto de ação imediata, articulado ao projeto pedagógico de curso: contextualiza e orienta as atividades didáticas de professores e alunos de uma disciplina. A organização da aula como projeto é uma antecipação do que se pretende ensinar. (VEIGA, 2008, p 274)

Vale ressaltar que a dificuldade em realizar um planejamento efetivo do que será ensinado prejudica o aprendizado dos alunos, como observamos quando acompanhávamos o Docente (2), que na discussão de um caso clínico não conseguiu fazer o fechamento adequado da discussão pela falta de elementos conceituais. Evidentemente se houvesse uma intencionalidade no ensino aquela aula teria tido início meio e fim.

5) Dificuldades e limitações que se manifestam na prática docente

A dificuldade de lidar com a heterogeneidade dos alunos no sexto ano é manifestada pelos docentes conforme discurso do Docente (6).

Eu acho que o que tem incomodado a mim e a vários colegas que eu converso é alguma dificuldade que a gente tem com relação a heterogeneidade do perfil do aluno... alunos que chegam sem a devida maturidade, sem o devido preparo no sexto ano de novo falando que é o meu foco de ação, é isso gera pra gente bastante dificuldade...

Três docentes referiram que o tempo que o aluno fica no estágio supervisionado em clínica médica é insuficiente conforme relato da Docente (3).

...eu gostaria de falar assim, eu gostaria que os alunos tivessem a oportunidade de no meu caso passar mais na enfermagem de clínica médica para que a gente, para que eu conseguisse passar para eles não só conhecimento...

Outra colocação de dificuldade da prática docente foi o número de alunos que transitam nas enfermarias conforme discurso do Docente (1)

Há alunos de diversos cursos que transitam na enfermaria e muitas vezes atrapalham a concentração dos internos durante a visita aos pacientes

Em nossas observações de campo pudemos presenciar que de fato há trânsito de muitos profissionais e alunos de outros cursos nos quartos dos pacientes durante as visitas médicas o que concordante com o Docente (1) atrapalha o atendimento dos alunos.

O Docente (4) cita como dificuldade o uso de celulares pelos discentes durante a visita

Muitas vezes observo os alunos utilizando o celular de forma inapropriadas durante as visitas, atrapalha o aprendizado e a própria visita

Foi visível em vários momentos alguns alunos utilizando celulares e até mesmo presenciamos um aluno jogando em um app (Aplicativo Portátil). As mudanças tecnológicas trazem consigo novas possibilidades, mas também desafios. O uso de apps médicos durante as visitas podem trazer uma maior diversidade de informações mas para isto precisam estar inseridos na dinâmica das visitas, pois do contrário servirão somente para desviar a atenção do aluno

Observamos uma relação bastante amigável entre os familiares e o grupo de médicos e alunos que visitavam os pacientes nos momentos em que acompanhávamos a visita. Poucas vezes a família ou o doente questionou a equipe médica e nestes momentos as dúvidas foram sanadas sem maiores problemas. Portanto, não tivemos oportunidade de acompanhar situações mais críticas aonde pudesse haver conflitos, porém os docentes entrevistados relataram que são frequentes estes momentos e que ocorre desgaste da equipe. Em nossa própria experiência já passamos por situações delicadas que demandam equilíbrio e sobriedade principalmente com pacientes que estão no limite da vida e familiares questionadores.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento e a execução desta pesquisa nasceram das experiências do próprio autor que ao longo de sua vida acadêmica conviveu com diversos pacientes e docentes com as mais diversas metodologias de visita médico acadêmicas.

Considerando o nosso objetivo geral: analisar a ação do médico-docente em sua prática pedagógica cotidiana, buscando compreender sua identidade, concepções e experiências educativas. Entendemos termos conseguido compreender o cerne da ação docente na instituição pesquisada, uma vez que os resultados do trabalho demonstraram claramente o envolvimento do corpo docente com a sua atuação e a preocupação deste em melhorar constantemente.

A identidade destes professores médicos ainda está em construção e estes têm a percepção identitária como médico muito melhor estabelecida que a sua identidade como docente. Atribuem este sentimento à falta de um conhecimento mais acadêmico ao respeito do ser professor. Fica claro nas entrevistas que a falta de conhecimentos pedagógicos e metodológicos traz consigo grande insegurança para o ser professor nestes profissionais, de forma muito mais clara nos docentes mais jovens.

Observamos em todas as entrevistas muitos pontos de convergência principalmente no que tange aos modelos de ensino prático seguido nas enfermarias, que praticamente repetem modelos de ensino já arraigados. Mesmo quando comparamos docentes com idades diversas, variáveis graus acadêmicos, de especialista a doutores, não notamos mudanças metodológicas significativas.

Como observado em outros estudos, inclusive em outras situações do ensino médico. Exemplo o que descreve Andrade et al. (2004, p.128): “O professor, via de regra, se baseia nos modelos que conheceu como aluno para construir, empírica e intuitivamente, o seu “jeito” de ensinar, sem fazer reflexões.”

Fica claro no discurso dos docentes a preocupação com a formação continuada que na opinião destes não acontece de forma consistente e as possibilidades de discutir o “fazer” na enfermaria são exíguos.

O presente trabalho demonstrou a importância de ouvir os docentes da enfermaria, que muitas vezes pela agitação do dia-dia não tem oportunidade de

discutir o seu cotidiano, por conseguinte com esta imobilidade perdem todos: os pacientes, os alunos e os próprios docentes. Todos, em suma, têm o desejo de acertar, por óbvio o que fazemos hoje pode melhorar.

Mesmo considerando a importância e a relevância da pesquisa, entendemos que ela apresenta limites que devem ser considerados, a saber: número pequeno de docentes que participaram da pesquisa; o tempo de acompanhamento das visitas médico-acadêmicas que poderia ter sido maior e desvelado algumas nuances que certamente passaram despercebidas; o fato da pesquisa ter se desenvolvido em um único hospital-escola o que faz com que o retrato seja pontual, não passível de comparações e generalizações.

Portanto, faz-se necessário o desenvolvimento de novos estudos, em especial de pesquisas interventivas, como pesquisa-ação, que possam propor mudanças no método de visita beira-leito para que aumente as possibilidades de aprendizagem e minimize conflitos desnecessários. A conscientização da necessidade de educação continuada para os docentes certamente é outra contribuição significativa deste trabalho, uma vez que os médicos –docentes tem a consciência das dificuldades em lidar com o ensino e atribuem à falta de conhecimentos acadêmicos ao respeito de ensino.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA - ABEM. Preparação do médico geral. **R. Bras. Educ. Méd.**, v. 6, n. 2, p. 121-128, maio/ago. 1982.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. E.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1999.

ANDRADE, G. M. Q. et al. Percepção do processo de avaliação pelos docentes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. **Rev Med Minas Gerais**, v.14, n. 2, p. 125-31, 2004.

AZEVEDO, F. **A cultura brasileira**: introdução ao estudo da cultura do Brasil. 6. ed. Brasília: Ed.UnB, 1996. p. 594-595.

BARDIN. L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, PO: Edições 70, 1999.

_____. **Análise de conteúdo**. Lisboa, PO: Edições 70, 2009.

_____. **Análise de conteúdo**. Lisboa, PO: Edições 70, 2011.

BATISTA, P.; PEREIRA, A. L.; GRAÇA, A. A (re)construção da identidade profissional no espaço formativo do estágio profissional. In: NASCIMENTO, J.; FARIAS, G. (Orgs.). **Construção da identidade profissional em educação física**: da formação à intervenção. Florianópolis: Ed. Universidade do Estado de Santa Catarina, 2012. p. 81-111.

BENDLE, M. F. The crisis of "identity" in high modernity. **British Journal of Sociology**, London, v. 53, n. 1, p. 1-18, Mar. 2002.

BOTTI, S.H.O. **O papel do preceptor na formação de médicos-residentes**: um estudo de residências clínicas em um hospital de ensino. 2009. Tese (Doutorado) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

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, (Supl. 2), p. 30, 2008.

BRASIL. Leis, decreto etc. - Conselho Federal de Educação. Resolução nº 8 de 8 de outubro de 1969. In: ARAÚJO, L. S. (Org.). **Legislação do ensino superior; índice remissivo e jurisprudência**. Rio de Janeiro: Renes, 1973. p. 54-6.

BRASIL. DCN, **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. 2014.

BRASIL. DCN, **Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. 2001.

BRASIL. Conselho Federal de Educação. Leis, decretos etc. -. **Parecer 506/69**. Currículo mínimo dos Cursos de Graduação em Medicina. Documenta, n.103, p. 95-103, jul. 1969.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Departamento de Assuntos Universitários. Comissão de Ensino Médico. Internato e Residência. In: **Documentos do ensino médico**. Brasília: MEC/DAU, 1976, Doe. nº 3, p. 98-9.

BRASIL. Lei n.º 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. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 23 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.809, de 7 de dezembro de 2012**. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2012.

CARPIM, L. Formação continuada e a prática pedagógica do professor universitário: um fazer colaborativo. In: FERREIRA, J.L. **Formação de professores: teoria e prática pedagógica**. Petrópolis: Vozes, 2014, p. 73-85.

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

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, p.513-518, 2013.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ**. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

CHAVES, I.T.S.; GROSSEMAN, S. O internato médico e suas perspectivas: estudo de caso com educadores e educandos. **Revista brasileira de educação médica** v. 31, n. 3, p. 212-222, 2007.

CONTERNO, S. F. R.; LOPES, R. E. Inovações do século passado: origens dos referenciais pedagógicos na formação profissional em saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 503-523, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev.2018;

_____. Pressupostos pedagógicos das atuais propostas de formação superior em saúde no Brasil: origens históricas e fundamentos teóricos. **Avaliação**

(Campinas), Sorocaba, v. 21, n. 3, p. 993-1016, Nov. 2016 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772016000300993&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev.. 2018.

CUNHA, M. I. **Trajetórias e lugares de formação da docência universitária: da perspectiva individual ao espaço institucional.** Araraquara: Junqueira e Marin, 2010;

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

EDLER, F. C. Educação médica no Brasil no século XX. **Boletim da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, abr./jun., 2000.

FELIPPE, G.; ZAIDAN, L. P. **Do éden ao éden.** São Paulo: Ed. Senac, 2008.

FERRAZ, M. H. M. **As ciências em Portugal e no Brasil (1772-1822).** São Paulo: [s.n.], 1997.

GAUER, R. M. C. **A modernidade portuguesa e a reforma Pombalina de 1772.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.

GARCIA, J. C. La educación médica en la América Latina. Washington, D.C **Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica** n. 255, 1972.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002. p.62-63.

HOLMBOE, E.S. Faculty and the observation of trainees' clinical skills: problems and opportunities. **Acad Med**; v. 79, n. 1, p.16-22, 2004.

HOSSNE, W. S. Relação professor-aluno. Inquietações-indagações-ética. **R. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.75, maio/ago. 1994.

_____. Relação professor-aluno. Inquietações-indagações-ética. **R. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.76, maio/ago.1994.

IMBERNÓN, F. **Formação continuada de professores.** Porto Alegre: Artmed, 2010, p.15.

IUNES, Magid - Relatório final. In: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCOLAS MÉDICAS, 12., São Paulo, 1974. **Anais....** São Paulo: ABEM, 1974. p. 155-8;

LAHLOU, S. Text mining methods: an answer to Chartier and Meunier. **Papers on Social Representations**, v. 20, n. 38). p. 1 - 7, 2012.

LEITE, S. Serviços de saúde da Companhia de Jesus no Brasil (1544-1760). Lisboa: Typografia do Porto, 1956.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUDMERER, K. Understanding the Flexner Report. **Acad Med**, v. 85, n.2, p. 193-196; 2010.

MACHADO, J. L. M.; CALDAS J.R., A. L.; BARTONCELLO, N. M. F. Uma nova iniciativa na formação dos profissionais de saúde. Botucatu, SP. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.1, n.1, p.151-152, 1997.

MARCONDES, E.; MASCARATELLI, L. A. O internato na graduação médica. **Educação médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 149-166.

MAVIS, B. E. Does studying for an objective structured clinical examination make a difference? **Med Educ**, v. 34, n. 10, p. 808-812, 2000.

MICHELAT, G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In: THIOLENT, M. J. M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo: Polis; 1982. p. 191- 211.

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica 2007-2009. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 3, p.303-310, 2011.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa**: abordagem teórico-prática. 2. ed. São Paulo: Papirus, 1997.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEREIRA, A. P. **Memória sobre a medicina na Bahia**. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1923.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. das G.C.; CAVALLET, V.J. Docência no ensino superior: construindo caminhos. In: SEVERINO, A.J.; FAZENDA, I.C.A. (Orgs.). **Formação docente**: rupturas e possibilidades. Campinas: Papirus, 2002. p. 207-222.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; LIMA, M. C. La Formación de la identidad médica: implicaciones para la enseñanza de graduación en Medicina. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.11, p.107-16, 2002.

REID, A. et al. Identity and engagement for professional formation. *Studies in Higher Education*, London: **Routledge Journals**, v. 33, n. 6, p. 729-742, 2008.

RIBEIRO, L. **Medicina no Brasil colonial**. Rio de Janeiro: Editorial Sul Americana, 1971.

SALLES, P. **História da Medicina no Brasil**. Belo Horizonte: G. Holman; 1971.

SANTOS, B.S. Para uma pedagogia do conflito. In: SILVA, L.H.; AZEVEDO, J.C.; SANTOS, B.S. **Novos mapas culturais, novas perspectivas educacionais**. Porto Alegre: Sulina, 1996. p.15-33.

SCHWARTZMAN, S.; BALBACHEVSKY, E. **A profissão acadêmica no Brasil**. São Paulo: NUPES/USP, 1993. Disponível em: <http://www.schwartzman.org.br/Simon/pdfs/prof_acad.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2017.

LEITE, S.; SILVA, P.C.T. Assessoria pedagógica. **Rev Bras Educ Med.**, Rio de Janeiro, v. 6, p. 7-8, 1982.

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

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA. **Do Estágio Supervisionado Presidente Prudente Regulamento de Curso da Faculdade de Medicina Presidente Prudente – SP F A M E P P** Presidente Prudente: Universidade do Oeste Paulista, Faculdade de Medicina de Presidente Prudente “Dr. Domingos Leonardo Cerávolo”, 2014. Cap. 17, p.50.

_____. **Guia de estágio supervisionado**: 2016. Presidente Prudente: Universidade do Oeste Paulista, Faculdade de Medicina de Presidente Prudente “Dr. Domingos Leonardo Cerávolo”, 2016. Cap. 7, p. 22-23.

VASCONCELLOS, C. **Avaliação**: concepção dialética libertadora do processo de avaliação escolar. 15. ed. São Paulo: Libertad, 2005.

VEIGA, I. P. A. **Profissão docente**: novos sentidos, novas perspectivas. Campinas: Papirus, 2008.

VEIGA, I. P. A. Organização didática da aula: um projeto colaborativo de ação imediata. In: VEIGA, I. P. A. (Org.). **Aula**: gênese, dimensões, princípios e práticas. Campinas, SP: Papirus, 2008, p. 267-298.

VEIGA, I. P. A. **Formação médica e aprendizagem baseada em problemas**. Campinas, SP: Papirus; 2015. p.30-31.

VILLARDO, C. O. L. **Formação médica e promoção de saúde de comunidades**: a articulação dessas práticas em um mesmo cenário. 2011. 141f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

VIOLANTE, M. L. **Socialização e identidade**. São Paulo: PUC, 1986.

ZANOLLI, M. B. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. In: MARINS, J.J.N. et al. (Orgs.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec / ABEM, 2004. p.40-61.

ZIMERMAM, V. B. A formação psicológica do médico. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.64-69.

APÊNDICE A**Questionário**

Nome _____

Idade _____ Sexo _____

Instituição de Formação: _____ ano _____

Área de Atuação: na instituição _____ Fora da instituição _____

Pós graduação (especialização) _____ Ano: _____ Onde? _____

Mestrado () Local _____ Ano _____ Área _____

Doutorado () Local _____ Ano _____ Área _____

Tempo de atuação na instituição _____

Tempo que trabalha em enfermagem _____

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista semiestruturada

- 1) O que você pensa da sua atuação como médico docente?
- 2) Você faz um planejamento de suas visitas antes de executá-las e como é este planejamento?
- 3) Como você enxerga que seria uma visita médica acadêmica ideal?
- 4) Você sente-se confortável com sua formação como docente e porquê?
- 5) Como você separa o seu papel de médico- assistente e de docente no atendimento ao paciente e ao aluno?
- 6) Você acredita que é possível executar o papel de professor e médico assistente ao mesmo tempo de forma ideal?
- 7) Como você lida com os conflitos que possam ocorrer durante a visita médica, sejam estes com o paciente ou com o aluno?
- 8) Você já teve alguma situação conflituosa?
- 9) Gostaria de falar algo a mais?

APÊNDICE C

Roteiro de Observação

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1 **Caracterização do ambiente de visita médica:** estruturação e condições de espaço físico, nº de leitos no quarto, ocupação dos leitos.

2 **Caracterização da turma:** Número de alunos, faixa etária, formação prévia ao curso de Medicina

4 **Como está organizado e estruturado o espaço físico dos alunos na “sala de aula”:** Qual distribuição dos alunos no ambiente, participação, oportunidade de participação dos alunos, conforto durante a visita.

5 **Atuação:** como o docente atua na visita médica. Inicia no horário estipulado? Segue um roteiro que priorize a participação do aluno? Faz a escuta do caso clínico até o final? Interage com o paciente a fim de demonstrar técnicas de exame físico? Discute conduta caso a caso? Oportuniza a discussão teoria- prática, buscando a devida interrelação de conceitos e assistência ao doente dentro de uma visão que priorize a Medicina baseada em evidências?

5 **Alternativas:** Quais são as alternativas que os professores buscam para resolver as questões dos limites em relação ao espaço físico, dissonâncias durante a visita, número excessivo de alunos?

6 **Rotina:** Descrever todos os momentos de uma visita médica.

Observação: Esse roteiro deverá ser apresentado de forma descritiva.