

DENISE MORETH DE SANTANA

**RESIDÊNCIA MÉDICA EM HOSPITAL ASSISTENCIAL NO ESTADO DE
RORAIMA: uma análise.**

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

São Paulo

2014

DENISE MORETH DE SANTANA

**RESIDÊNCIA MÉDICA EM HOSPITAL ASSISTENCIAL
NO ESTADO DE RORAIMA – uma análise**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde, modalidade Mestrado Profissional, sob a orientação do Prof. Dr. Nildo Alves Batista.

SÃO PAULO-SP

2014

Santana, Denise Moreth

Residência Médica em Hospital Assistencial no Estado de Roraima: uma análise/ Denise Moreth de Santana – São Paulo, 2014.

189 páginas

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS.

Título em inglês: Residency in Care Hospital in Roraima: an analysis

Palavras chave: Residência Médica. Hospital Assistencial. Preceptoria. Ensino. Interação ensino/assistência.

DENISE MORETH DE SANTANA

**RESIDÊNCIA MÉDICA EM HOSPITAL ASSISTENCIAL
NO ESTADO DE RORAIMA – uma análise**

São Paulo, março de 2014.

Orientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Prof. Dra. Ively Guimarães Abdalla

Prof. Dra. Lelia Cardamone Gouvea

Prof. Dra. Simone Souza da Silva Conde

*Ao meu pequeno Emanuel, nascido no
decorrer deste trabalho, minha nova
inspiração.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por “cuja graça sou o que sou, pois sua misericórdia para comigo não foi vã.” (I Co.15:10)

A meus pais, Lenir e Samuel, por investirem em minha educação desde o meu nascimento.

Ao meu esposo, Messias, por me acompanhar e me apoiar nessa jornada.

Ao meu orientador, prof. Dr. Nildo Batista, pela paciência e disponibilidade em sua rotina tão intensa.

Aos professores do Mestrado Profissional Norte, por abrirem um novo caminho na educação em saúde na região norte do Brasil.

Ao presidente da Comissão Estadual de Residência Médica do Estado de Roraima, Mauro Asato, pela ajuda na coleta de dados.

Aos preceptores, gestores e médicos residentes que cordialmente se dispuseram a participar desta pesquisa.

RESUMO

Este trabalho analisa as especificidades da residência médica em hospitais assistenciais do estado de Roraima. Foi uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo-exploratório, utilizando dois instrumentos de coleta: questionário e entrevista. O questionário foi aplicado a trinta e dois preceptores e quarenta e três residentes das unidades hospitalares de referência e utilizou escala Likert avaliando grau de concordância. A construção das assertivas foi feita a partir dos seguintes núcleos direcionadores: relevância de um programa de residência médica (PRM) em hospital assistencial; estrutura e organização dos PRMs; preceptoria; relação ensino-assistência. Após análise destes questionários, foram elaboradas questões de aprofundamento em um roteiro para entrevistas semi-estruturadas com seis gestores e nove preceptores. O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, parecer 51411/2012. A residência médica em hospitais assistenciais do estado de Roraima promove melhoria na assistência, maior satisfação da população atendida e possibilidade de retaguarda no atendimento. Estimula a educação permanente e a pesquisa, contribuindo para a fixação médica local. Sua implantação foi demandada pela instituição hospitalar e universidade, encontrando estrutura hospitalar não concebida para o ensino, falta de protocolos, resistência inicial do corpo clínico e falta de autonomia da gestão local. Existe dificuldade na organização, na articulação com instâncias gestoras, no estabelecimento de uma cultura de planejamento e na integração com a equipe de saúde do hospital. Porém, há envolvimento das direções nas dificuldades enfrentadas, com interesse para a solução da infraestrutura. Para alguns, existe uma boa interação ensino-assistência, com potencialização da assistência, adequação da rotina assistencial, otimização do aprendizado e possibilidade de desenvolvimento de pesquisa aplicada. Observam-se também dificuldades nesta interação, na diferenciação entre direções e residentes, número reduzido de preceptores, sobrecarga de trabalho, dificuldades de pactuação com a preceptoria, despreparo do preceptor e responsabilidade isolada do residente pela assistência. A preceptoria mostra potencialidades, como crescimento pessoal, orientação ética aos residentes, desenvolvimento do papel de educador e aprimoramento da postura. Promove apoio operacional à assistência com otimização e acompanhamento do trabalho assistencial oferecendo segurança através do apoio técnico aos residentes. Enfrenta dificuldades como a necessidade de preceptores qualificados, escassez de profissionais para a demanda

assistencial, falta de compromisso com a função e falta de rotina acadêmica dentro do serviço. É requerida contrapartida da gestão com definição de carga horária à preceptoria, remuneração da função, planejamento conjunto e reconhecimento do seu papel. Acredita-se que o estudo trouxe informações que possibilitam melhor entendimento sobre a residência médica em hospital assistencial. Espera-se contribuir para a discussão sobre o tema e para o desenvolvimento dos programas na região norte do Brasil.

Palavras chave: Residência Médica. Hospital Assistencial. Preceptoria. Ensino. Interação ensino/assistência.

ABSTRACT

This work objectifies to analyze the medical residency specificities in care hospitals in the state of Roraima. It was a qualitative, descriptive and exploratory research. Using, in an integrated manner, two collection instruments: questionnaire and interview. The questionnaire was applied to thirty-two preceptors and forty-three residents in the reference care hospital units in the state and used the Likert scale in the evaluation of the degree of agreement. The making of the assertive was made from the following core drivers: relevance of a medical residency program (MRP); structure and organization of the MRPs in care hospital; preceptorship; the relation teaching-assistance. After analysis of those questionnaires, it was prepared deepening issues, in a guide for semi-structured interviews with six managers and nine preceptors. The study was authorized by The Research Ethics Committee of The Federal University of São Paulo, sight n° 51411/2012. The medical residency in care hospitals of Roraima promotes improvement in the assistance, bigger satisfaction of the population served and possibility of rearguard in the treatment. It stimulates to the continuing education and the research, contributing to local medical setting. Its implementation was sued by the hospital and university, finding hospital structure not designed for teaching, lack of protocols, initial resistance of the clinical staff and lack of autonomy of the local management. There is difficulty in the organization, in conjunction with management levels, establishing a culture of planning and integration of MRPs with the health staff of the hospital. But there is involvement of the hospital directions on the difficulties faced, with their interestand resolve the infrastructure. For some, there is a good interaction teaching-assistance, with potentiation of the assistance, adequacy of the care routine, optimization of the learning and possibility of development of applied research. It is also observed difficulties in this interaction, in the differentiation among residents and directions, reduced number of preceptors, work overload, difficulties of agreement with the preceptorship, unpreparedness of the preceptor and the resident's responsibility alone for assistance. The preceptorship shows potential as: personal growth, ethical guidance to residents, developing the role of educator and improving posture. Promotes operational support to assist with optimization and monitoring of relief work providing security through technical support to residents, faces difficulties such as the need for qualified tutors, shortage of professionals for assistance requirements, lack of commitment to the role and lack of academic routine within the service. It is required

consideration of the management with the definition of workload to the preceptorship, compensation to the function, joint planning and recognition of their role. It is believed that the study provided information that enables better understanding of the medical residency in care hospital. It is expected to contribute to the discussion on the topic and the development of programs in northern Brazil.

Keywords: Residency. Care Hospital. Preceptorship. Teaching. Interaction Teaching-Assistance.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “A RM otimiza o desempenho do trabalho assistencial na unidade”.

Gráfico 2 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “A RM num hospital assistencial tem sido imprescindível para o atendimento à demanda assistencial crescente da população”.

Gráfico 3 – Resposta dos médicos residentes e preceptores à assertiva: “A residência médica impulsiona o aprimoramento/atualização dos funcionários do hospital”.

Gráfico 4 – Demonstrativo da distribuição de vagas de residência médica e de médicos em serviços de saúde nas regiões brasileiras.

Gráfico 5 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva: “Por sermos um hospital assistencial, a estrutura física não abriga adequadamente o programa de residência médica”.

Gráfico 6 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “O hospital dispõe de instalações físicas adequadas para o ensino e a aprendizagem na RM”.

Gráfico 7 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “Todos os médicos do hospital desempenham papel na formação dos médicos residentes”.

Gráfico 8 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “Existe uma proposta orçamentária para o financiamento dos programas de residência médica”.

Gráfico 9 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva: “Por sermos um hospital assistencial, a organização da RM tem sido muito desafiadora”.

Gráfico 10 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “ O volume de pacientes assistidos dificulta o estudo das situações clínicas na RM pela falta de tempo”.

Gráfico 11 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “O volume de pacientes assistidos na RM facilita o estudo das situações clínicas pela grande diversidade de problemas a resolver”.

Gráfico 12 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “Deve haver espaço definido na carga horária dos preceptores para o ensino na RM”.

Gráfico 13 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “O trabalho docente dos médicos do hospital tem merecido uma valorização profissional e salarial por parte da gestão”.

Gráfico 14 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “Existe resistência dos médicos servidores do hospital em assumir o seu papel formativo”.

Gráfico 15 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “Os tutores/preceptores são reconhecidos institucionalmente no organograma do hospital”.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
C	Concordo
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
COREME	Comissão de Residência Médica
CT	Concordo Totalmente
D	Discordo
DT	Discordo Totalmente
G	Gestor
MEC	Ministério da Educação
MPAS	Ministério da Previdência Social
P	Preceptor
PRM	Programa de Residência Médica
Pró-Residência em Áreas Estratégicas	Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas
RM	Residência Médica
SESAU	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UC	Unidade de Contexto
UFRR	Universidade Federal de Roraima
UR	Unidade de Registro

SUMÁRIO

1. Introdução	14
2. Objetivos	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3. Referencial Teórico	18
4. Metodologia	26
4.1 Delineamento da Pesquisa	26
4.2 Contexto da Pesquisa	26
4.3 Sujeitos da Pesquisa	27
4.4 Coleta de Dados	29
4.5 Análise de Dados	30
4.6 Aspectos Éticos e Legais	31
5. Resultados e Discussão	32
6. Considerações Finais	64
7. Referências Bibliográficas	66
8. Anexos	69

1. INTRODUÇÃO

1.1 – As Origens da Pesquisa

A prática do ensino formal como preceptora da residência em Clínica Médica me tem feito refletir sobre a complexidade e responsabilidade do exercício desta tarefa: a de qualificar à nível de pós-graduação, profissionais médicos, em geral jovens e recém-formados. Esta tarefa tem me causado alegria, em razão do interesse e afinidade pelo ensino e certa angústia, a de não ser adequadamente preparada para tal.

Durante os quatro anos em que fui residente tinha os preceptores como modelos no quesito conhecimento. Entretanto, os achava superiores, não devendo ser importunados por qualquer coisa. Não sabia suas opiniões a meu respeito, salvo algumas exceções. Concebia nossa relação como de consulta e resposta, ou seja, pessoas que me apoiavam na resolução dos problemas clínicos e contribuía na discussão de artigos. Não conseguia abstrair sua função pedagógica.

Quando concluí os anos de residência médica, me vi no papel de preceptora logo ao iniciar minhas atividades profissionais no Hospital Geral de Roraima. Naturalmente, passei a reproduzir os modelos que tinha em mente para desempenhar esta função. No entanto, sempre me inquietava o meu despreparo, a minha falta de entendimento sobre educação médica e sobre a preceptoria na pós-graduação. Ficava imaginando estratégias para melhorar o aprendizado no meu módulo, o de Gastroenterologia Clínica. Pela convivência com professores do curso de Medicina da Universidade Federal de Roraima, busquei conhecer melhor o método da Aprendizagem Baseada em Problemas utilizado na graduação daquela Instituição e incorporar alguns de seus ensinamentos em minha prática diária.

Apesar de minha disposição, continuava perdida. Atualmente entendo que as estratégias que vinha usando não estavam ainda claras para mim, sendo carentes de conceituação e objetivos. Embora tivesse uma rotina organizada na prática da preceptoria, com discussão dos casos clínicos à beira-leito, análise de artigos, atendimento ambulatorial junto com o residente, supervisão nos procedimentos e condutas, sabia que faltava algo: uma abordagem pedagógica das minhas atividades, um detalhamento dos processos que já vinha fazendo para melhorá-las, agregando novas estratégias.

A preceptoria envolve também o aspecto de formação moral e ética do médico, dimensão pouco conhecida por mim. Entendo que as interações preceptor-residente vão além

dos problemas clínicos, sendo relevante o modelo apresentado pelo preceptor. Uma identificação profissional do residente com o preceptor é um aspecto importante do currículo oculto do residente em formação. Neste sentido, conhecer a personalidade do residente, avaliar sua postura frente a dilemas éticos, acompanhar seu relacionamento inter e multiprofissional também deve fazer parte das atividades do preceptor-educador.

Estas reflexões iniciais a partir da minha prática em hospital assistencial foram relevantes na escolha deste objeto de pesquisa.

1.2 – Contextualizando o objeto

Na rotina de um hospital assistencial, a implantação da Residência Médica habitualmente ocorre na realidade de um cenário que não tem lugar definido para o ensino, seja no aspecto físico, seja na sua incorporação numa missão institucional já estabelecida. Logicamente, como qualquer unidade do Sistema Único de Saúde, os hospitais assistenciais vêm sendo demandados como campo de atividades acadêmicas e a residência médica acaba sendo incorporada numa rotina já em andamento.

O Hospital Geral de Roraima, instituição onde desempenho minhas atividades como preceptora, foi um dos cenários no qual a Residência foi implantada. Além da escassa reflexão sobre as práticas educativas desenvolvidas em um programa de Residência Médica, a adequação deste ao cenário primordialmente assistencialista é pouco conhecida, onde o tempo parece insuficiente para abrigar mais uma atividade ao volume de trabalho assistencialista diário.

Neste contexto, os seguintes questionamentos nortearam esta pesquisa:

- Qual a importância de um programa de residência médica (PRM) num hospital assistencial? O que leva um hospital assistencial a implantar um PRM?
- O que diferencia um PRM de um hospital assistencial de um PRM num hospital universitário?
- Como se dá sua organização e planejamento?
- Quem são os “docentes” responsáveis por esse ensino? Quais são suas trajetórias e concepções sobre esta docência?

- Como se dão as interações preceptor/residente e ensino/assistência? Quais são os nós críticos neste processo?

Baseada nestas indagações proponho-me a estudar esta realidade, na expectativa de construir um caminho para melhorar o ensino na residência médica nos hospitais assistenciais de Roraima, buscando conhecimento na literatura e nos atores envolvidos neste processo, no qual ativamente me incluo.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as especificidades da residência médica em hospitais assistenciais de Roraima.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar, a partir dos gestores dos hospitais e dos coordenadores, a importância dos programas de residência médica para instituições assistenciais;

Analisar a estrutura e organização dos PRMs em hospitais assistenciais do estado de Roraima;

Caracterizar o corpo de preceptores envolvidos neste processo de formação;

Analisar as interações preceptor-residente e ensino-assistência neste contexto.

3 - REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Breve reflexão histórica sobre a Formação Médica no Brasil

Passando por curandeiros, boticários e barbeiros, mesclando na arte de cura, conhecimentos dos índios e da medicina européia, a profissão de médico no Brasil foi exercida no período colonial por físicos e cirurgiões europeus. No século XIX, com a intervenção de Dom João VI, houve a organização profissional e a regulamentação do ensino médico no Brasil com a criação das duas primeiras escolas de Medicina do país nos estados da Bahia e Rio de Janeiro no ano de 1808. A iniciativa imperial consistiu de investimentos estruturais e no corpo docente, o qual provinha da Europa, principalmente da França. O ensino consistia basicamente em teoria, proporcionando grande aprendizado cultural, porém carente de experimentação.

Edler et al (2006) comentam que:

“Iniciava-se uma forte tradição clínica marcada pela figura do médico-de-família que atuava, ora como clínico, ora como cirurgião, ora como conselheiro higienista”(p 11).

A assistência médica oficial, embora em expansão, era inacessível a grande parte da população, o que abriu espaço para livros de Medicina auto instrutivos. Estes continham orientações sobre as doenças e seus tratamentos, incluindo plantas medicinais indígenas e formulações diversas.

A realidade de um ensino excessivamente teórico associada às instalações inadequadas das escolas de Medicina passaram a ser questionadas, inicialmente nas Conferências Populares da Glória na década de 1870, seguindo-se outros movimentos, como a Reforma Sabóia. Surgiram ainda publicações criticando o modelo institucional francês que “além de centralizador, separava a atividade de pesquisa prática do processo de formação médica” (EDLER et al, 2006, p. 18).

Tal contestação já vinha trazendo mudanças no modelo de ensino médico alemão, o qual já incorporava a pesquisa experimental. Nos Estados Unidos, que incorporaram parcialmente o modelo francês, destaca-se o relatório elaborado em 1910 por Abraham Flexner, pedagogo crítico do sistema educacional norte-americano, convidado pela Fundação Carnegie para realizar um estudo sobre a educação médica naquele país e no Canadá. Também influenciado

pelo modelo alemão no período em que viveu na Europa, Flexner concluiu, após sua análise em 115 escolas médicas norte-americanas, que, além da inadequação das instalações físicas, o método de ensino usado não incorporava o caráter científico necessário à formação do médico. Assim, propôs reorganização da formação em Medicina, com a divisão do currículo nos ciclos básico e profissional, realizados respectivamente nos laboratórios das faculdades e hospitais, enfatizando o estudo da “doença de forma individual e concreta” (FLEXNER, 1910), por meio de disciplinas baseadas nas especialidades médicas.

O chamado modelo flexneriano trouxe significativa influência à educação médica brasileira. No entanto, ao fragmentar a formação profissional, gerou um hiato entre o conhecimento adquirido e sua efetividade quanto às necessidades de saúde da população. Valorizando o biologicismo, tal modelo

“não dá lugar ao questionamento dos aspectos formais e ideológicos constitutivos das ações educativas e práticas médicas – elementos capazes de interferir na consciência dos atores e de repercutir em suas intervenções, na melhoria dos serviços e nas condições de vida da população” (PEREIRA, 2005, p. 70).

Progressivamente evidenciava-se o descompasso entre o profissional médico formado no modelo especializado e a efetividade do cuidado. A permanência do estudante no ambiente hospitalar não lhe fornecia habilidades no manuseio de doenças comuns, interligadas ao contexto social do paciente. Além disso, o médico tornava-se pouco resolutivo considerando a necessidade de mais de um profissional para o tratamento de doenças diferentes no mesmo paciente.

Mundialmente surgiram então movimentos voltados à prática geral da Medicina, como estudos da Associação Médica Americana reconduzindo a prática médica ao atendimento de famílias. De igual modo, países como o Chile e México através dos seminários de Viña del Mar e de Tehuacán apontavam para a formação integral do médico. A Conferência de Alma-Ata em 1978, ao propagar a importância da atenção primária de saúde para atingir a meta de “Saúde para Todos até o ano 2000”, consolidava todas as iniciativas já em andamento e fomentava na América Latina a proposta da integração docente-assistencial, a qual buscava levar o aluno aos serviços de saúde para o conhecimento das patologias de menor complexidade e maior prevalência.

Após a Conferência de Alma-Ata surgiram reformas em vários países, destacando-se a Reforma Sanitária no Brasil. Com a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, com suas normativas sobre o cuidado integral, com ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, houve um repensar do modelo de atenção à saúde vigente. Em 1994, a criação do Programa Saúde da Família fortaleceu a atenção primária à saúde, porém tornou ainda mais clara a inadequação dos profissionais formados no país a este modelo de assistência.

Neste contexto e buscando fomentar discussão sobre uma necessária reorientação da graduação em Medicina, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e o Conselho Federal de Medicina constituíram, com outras nove instituições relacionadas, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas, com o objetivo de avaliar o ensino nas escolas médicas (GONZÁLEZ, 2010). Os resultados encontrados demonstravam a inadequação da formação frente às demandas da sociedade e a confirmação da presença do paradigma hegemônico do ensino centrado no professor, na superespecialização e nas ações voltadas ao setor terciário (STELLA, 2002).

Em 1997 é criada a Rede Unida de Desenvolvimento de Profissionais de Saúde (Rede Unida). Feuerwerker (2000) assim a conceitua:

“movimento que reúne pessoas, projetos e instituições comprometidos com os movimentos de mudanças na formação, o desenvolvimento dos profissionais de saúde e a construção de um sistema de saúde equitativo e eficaz, com forte participação social” (In GONZÁLEZ, 2010, p.560).

Tal iniciativa trouxe importantes contribuições às iniciativas da ABEM, sendo o fruto das discussões incorporado pelo Ministério da Saúde com a solicitação, ainda no ano de 1997, de propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores, trabalho finalizado no ano de 2001.

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos superiores em saúde preconizam um repensar da relação entre educação médica e serviços de saúde, uma ênfase de ensino mais centrado no aluno, do monômio doença aos diversos determinantes da saúde, do hospital universitário aos serviços de atenção primária à saúde, numa busca de formação profissional adequada às demandas da sociedade.

3.2 A Residência Médica no Brasil

A Residência Médica é um modelo de especialização *lato sensu* direcionada a médicos, “no qual os aprendizes aprofundam conhecimentos e melhoram habilidades e atitudes; ou seja, desenvolvem competências específicas para um melhor cuidado.” (MICHEL, 2011).

O programa de Residência Médica surgiu nos Estados Unidos em 1889 no hospital da John’s Hopkins University quando o cirurgião William Halsted, com o objetivo de proporcionar treinamento prático aos médicos recém formados, ofereceu vagas para aprimoramento em cirurgia. Em 1890, William Osler iniciou treinamento semelhante em Medicina Interna, com posterior expansão a outras áreas do conhecimento médico. A busca pela qualidade não alcançada pela formação durante a graduação passou a se dar no nível de pós-graduação – as especializações (GONZÁLEZ, 2010).

Feuerwerker (1998) comenta que

“A prática profissional historicamente tem sido transmitida através de treinamento em serviço. É no processo de combinar os conhecimentos teóricos adquiridos com a experiência clínica (indicando relacionamento com pacientes) que se encontra a ‘mágica’ da prática profissional médica. Somente a experiência adquirida na prática pode completar a formação (científica) do médico: é pela experiência clínica que o profissional se apropria dos doentes (e não mais apenas das doenças). É pela prática que se constrói a experiência clínica e é mediante o aprendizado em serviço que o futuro profissional constrói também a ética de suas relações com os pacientes, baseada no exemplo e na experimentação” (p.6).

No Brasil, o primeiro programa de Residência Médica iniciou no ano de 1944 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) nas áreas de Cirurgia, Clínica Médica e no Serviço de Físio-Biologia Aplicada, seguido pelo Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro em 1948 (RIBEIRO, 2011). Houve grande influência do modelo norte-americano à época, uma vez que vários médicos brasileiros obtiveram sua formação de especialistas naquele país, por meio desta modalidade de pós-graduação (SOUSA, 1988).

Os programas de residência em seus primórdios não contavam com regulamentação ou padronização, o que foi alcançado com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) por meio do Decreto Presidencial nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, o qual também institucionalizou o programa de Residência Médica. Posteriormente, em 7 de julho de 1981, a lei nº 6932 define a Residência Médica como

“modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional”.

Diferentemente de outros programas de especialização *lato sensu*, a Residência Médica preconiza uma carga horária maior, de sessenta horas semanais, incluindo um plantão semanal de até 24 horas, durante no mínimo dois anos, consistindo majoritariamente de treinamento em serviço. A Resolução CNRM nº 02, de 17 de maio de 2006, define as atividades do programa:

“Art. 9º. Os programas de Residência Médica serão desenvolvidos com 80 a 90% da carga horária sob a forma de treinamento em serviço, destinando-se 10 a 20% para atividades teórico-complementares.

§ 1º. Entende-se como atividades teórico-complementares: sessões anátomo-clínicas, discussão de artigos científicos, sessões clínico-radiológicas, sessões clínico-laboratoriais, cursos, palestras e seminários.

§ 2º. Das atividades teórico-complementares devem constar, obrigatoriamente, temas relacionados a Bioética, Ética Médica, Metodologia Científica, Epidemiologia e Bioestatística. Recomenda-se a participação do médico residente em atividades relacionadas ao controle das infecções hospitalares.”

Na década de 1940, os programas de Residência Médica existiam principalmente em hospitais universitários ou de ensino. Após a década de 1970, observou-se significativa expansão das vagas de Residência Médica no país, em hospitais com menor número de leitos e privados, sendo muitas vezes direcionadas para amenizar a sobrecarga assistencial destes. Citando Feuerwerker (1998):

“A prestação de serviços teria assumido importância tão grande que comprometeria a caracterização da Residência Médica como processo educacional, já que a lógica da organização dos estágios obedeceria muito mais às necessidades dos serviços do que às de aprendizagem”(p.7).

Neste contexto, diversos hospitais não vinculados a instituições de ensino passaram a atuar na pós-graduação médica por meio da residência médica, o que constitui situação peculiar, considerando a inserção do ensino num cenário prioritariamente assistencial.

3.3 A Residência Médica em Hospital Assistencial

O hospital, no contexto da maioria dos programas de Residência Médica, constitui o principal ambiente para o desenvolvimento de atividades práticas e teóricas. Tal fato reflete *“o papel da vivência no processo de aprendizagem”* (FEUERWERKER, 2006), fundamental na definição do perfil profissional do especialista.

“O hospital está nas duas pontas da questão da formação: como qualquer outro equipamento de saúde, necessita de trabalhadores formados adequadamente – para a gestão e para a atenção – e, ao mesmo tempo, cumpre um papel fundamental na conformação do perfil dos trabalhadores da área da saúde, como espaço privilegiado de aprendizagem durante a formação - técnica, de graduação e de pós-graduação” (FEUERWERKER, 2006, p.966).

No movimento de expansão da rede hospitalar no país e das vagas de Residência Médica iniciado nas décadas de 1960/70, foi elaborado o Documento de Ensino nº 02/1974, onde *“verifica-se a orientação para a articulação entre instituições de ensino e hospitais assistenciais por meio de legislação adequada ou por convênios estabelecidos entre as duas instituições”* (ZÖLLNER, 2011, p. 1).

Objetivava-se deste modo que os programas de Residência Médica estivessem sob a tutela de uma instituição de ensino superior, dada a preocupação, dentre outros fatores, com os aspectos pedagógicos da formação médica. No art. 3º do Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977, lemos que

“para que a instituição de saúde não vinculada ao sistema de ensino seja credenciada a oferecer programa de residência, será indispensável o estabelecimento de convênio específico entre esta e a Escola Médica ou Universidade, visando mútua colaboração no desenvolvimento de programas de treinamento médico”.

Entretanto, com a promulgação da Lei nº 6932 de 7 de julho de 1981 tal convênio deixou de ser obrigatório, sendo possível aos hospitais assistenciais a solicitação direta de credenciamento de programas à Comissão Nacional de Residência Médica.

Muitos dos hospitais que francamente funcionavam como ambientes de ensino ao oferecer vagas de Residência Médica e para o internato médico passaram a enfrentar problemas financeiros, uma vez que a origem de recursos para sustentá-los não estava adequadamente pactuada. Em 1974, iniciaram-se propostas do Ministério da Educação nesse sentido; entretanto, somente em 1987, com a portaria Interministerial MEC/MPAS nº15, é que se *“estabeleceu critérios e parâmetros para a aplicação do Índice de Valorização de Desempenho – índice exclusivo para Hospitais de Ensino, os quais constituíam incentivos indutores”* (BARBOSA NETO, 2008, p.25).

Seguiram-se várias propostas de financiamento dos Hospitais de Ensino, com resolutividade parcial e agravamento da crise financeira. No ano de 2003, com a criação de uma Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil foi iniciado o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde, o qual trouxe novo direcionamento para esta problemática. Através da Portaria Interministerial 2400, de 2007, ficou objetivamente estabelecida a sequência de passos a seguir no credenciamento dos Hospitais de Ensino.

Os Hospitais de Ensino constituem avanço para a educação médica ao possuírem funcionamento normatizado pelo Ministério da Educação. Porém, existem em nosso país inúmeros hospitais gerais, de média e alta complexidade, que não solicitaram credenciamento ao Ministério da Educação para funcionamento como hospitais-escola, mas atuam como cenário de prática para estágios de cursos dos níveis médio e superior em saúde e também oferecem vagas para Residência Médica.

As vagas de Residência Médica em hospitais não universitários no país somam 38% do total. O funcionamento dos programas em hospitais prioritariamente assistenciais tem sido pouco estudado, havendo pouca descrição das peculiaridades do ensino neste contexto.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento da Pesquisa

Parafrazeando Minayo (2010, p.54), “*o método tem uma função fundamental: tornar plausível a abordagem da realidade a partir das perguntas feitas pelo investigador*”. Os métodos usados para estudos podem ser quantitativos ou qualitativos, sendo estes últimos mais afeitos à pesquisa em educação por proporcionarem a abordagem de aspectos subjetivos da realidade social (GRANGER, 1967).

Para André (2001), a análise de situações como um continuum, como um processo, requer desenhos metodológicos que englobem um conjunto heterogêneo de perspectivas, de métodos, de técnicas e de análises, incluindo os enfoques qualitativos.

O método qualitativo, ao permitir a abordagem de valores, crenças, representações, atitudes e opiniões através da fala e do comportamento não verbal coaduna-se com a proposta deste estudo, a de aprofundar conhecimento a partir de situações reais no cotidiano dos programas de Residência Médica em hospital assistencial. Deste modo será usado como método principal, porém complementado através do modelo dialógico com o método quantitativo.

4.2 Contexto da Pesquisa

A pesquisa foi realizada nos três hospitais de referência do Estado: o Hospital da Criança Santo Antônio; o Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth e o Hospital Geral de Roraima.

O Hospital da Criança Santo Antônio, unidade de média complexidade da esfera municipal de gestão, foi inaugurado em 13 de agosto de 2000 e no ano de 2004 iniciou o primeiro programa de Residência Médica do Estado, na área de Pediatria. Em 2006, o Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth e o Hospital Geral de Roraima, ambos da esfera estadual de gestão, também solicitaram à Comissão Nacional de Residência Médica o credenciamento dos programas de Ginecologia e Obstetrícia e Clínica Médica, respectivamente.

O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth foi inaugurado em 05 de novembro de 1982 com o objetivo de prestar assistência ambulatorial e hospitalar especializada em Ginecologia e Obstetrícia. Já o Hospital Geral de Roraima foi inaugurado

em 02 de setembro de 1991 como unidade assistencial nas especialidades clínicas e cirúrgicas excluindo-se o atendimento pediátrico e obstétrico. No ano de 1996, os médicos desta unidade fundaram o Centro de Estudos Reinaldo Neves, constituído de biblioteca com livros das diversas especialidades médicas e periódicos.

O início do curso de Medicina na Universidade Federal de Roraima no ano de 1994, ao trazer alunos para os hospitais, fomentou reuniões clínicas para revisão de temas e discussão de casos clínicos, realizados periodicamente. Nos anos seguintes, com o surgimento de diversas escolas para cursos técnicos em saúde, as unidades hospitalares passaram também a ser cenários de estágio através de convênios de cooperação técnica.

A realização de atividade acadêmica autóctone através dos programas de Residência Médica a partir de 2004 impulsionou a criação de espaços físicos para reuniões clínicas e aulas nas unidades, consolidando a presença do ensino no cenário hospitalar. Entretanto, para a formação das primeiras turmas de Residência Médica fez-se necessário estabelecer convênio com hospitais na região sudeste considerando a escassez de especialistas locais para a preceptoria.

No ano de 2007, o Hospital Geral de Roraima inicia um processo de ampliação de vagas de Residência Médica credenciando o programa de Cirurgia Geral e no ano seguinte o de Infectologia. Em 2009, através do Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), obtém-se a ampliação do número de vagas dos programas de Clínica Médica e Cirurgia Geral bem como a criação, em 2010, dos programas de Ortopedia e área de atuação em Medicina de Urgência. No ano de 2011, foram credenciados os programas de Anestesiologia, Medicina Intensiva e Medicina de Família e Comunidade; em 2012, os programas de Neonatologia e Mastologia; em 2013, aumento no número de vagas do programa de Pediatria. Deste modo, no estado são oferecidas 40 vagas de residência médica anuais.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

Os dados desta pesquisa foram coletados junto a: 1) coordenadores, preceptores e alunos dos programas de Residência Médica das unidades; 2) gestores nos níveis estratégico e operacional dos três hospitais envolvidos na pesquisa.

Foi solicitada à direção geral e aos coordenadores das Comissões de Residência Médica (COREMEs) dos hospitais envolvidos autorização para realização da pesquisa. Após permissão consentida através da assinatura do Termo de Autorização Institucional (anexo I) deu-se início à seleção de sujeitos. Foi solicitada às coordenações das COREMEs a indicação dos supervisores e preceptores e, posteriormente às direções dos hospitais, a indicação dos gestores. Foram considerados preceptores todos os médicos servidores das unidades envolvidos na supervisão aos médicos residentes. Os médicos residentes foram localizados a partir da sua matrícula nas secretarias das COREMEs.

Participaram da pesquisa respondendo ao questionário quarenta e três médicos residentes e trinta e dois médicos preceptores. Dentre os médicos residentes, 28 apresentavam idade entre 20 e 30 anos, dez entre 31 e 40, três entre 41 e 50 e um acima de 50 anos.

A faixa etária dos médicos preceptores variou de 30 a mais de 60 anos (um preceptor), não sendo informada por oito participantes. Destacamos que a maioria dos preceptores (catorze) encontrava-se na faixa etária de 30 a 40 anos, seguindo-se a faixa de 41 a 50 anos (seis). Três apresentavam idade 51 e 60 anos e um acima de 60. Estudos semelhantes sobre o tema mostram maior número de preceptores com idade superior a 50 anos (Botti e Rego, 2011). Tal fato pode refletir a intensa migração de profissionais para o estado nas últimas décadas e a pouca idade das instituições hospitalares, criadas após 1982.

Quanto à distribuição da carga horária de trabalho na unidade, vinte preceptores informaram ser de 40 horas semanais e dez de 20 horas. Quanto às horas dedicadas ao programa de Residência Médica houve grande variabilidade: seis informaram dedicar 40 horas semanais; onze 20 horas semanais; cinco informaram menos de 10 horas; quatro informaram 10 horas e outros quatro 30 horas.

4.4 Coleta de Dados

Após assinatura do Termo de Autorização Institucional e da aprovação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo foi iniciada a coleta de dados.

Foram utilizados de modo integrado dois instrumentos de coleta: questionário e entrevista. Numa primeira etapa o questionário foi aplicado aos coordenadores de programa, preceptores e residentes das unidades e utilizou a escala Likert na avaliação do grau de concordância. Para cada afirmação os participantes foram orientados a assinalar “concordo totalmente”, “concordo”, “discordo” e “discordo totalmente”. As informações obtidas com este instrumento foram tabuladas em gráficos e tabelas.

A construção das assertivas (entre três e quatro por núcleo) foi feita a partir dos seguintes núcleos direcionadores:

1. A relevância de um PRM em hospital assistencial;
2. Estrutura e organização dos PRMs em hospital assistencial;
3. Preceptoria dos PRMs em hospital assistencial;
4. A relação ensino-assistência nos PRMs em hospital assistencial.

O instrumento foi submetido a um pré-teste visando estimar o tempo gasto para sua aplicação e realizar ajustes para melhor entendimento das assertivas. As aplicações foram feitas nos hospitais arrolados na pesquisa após contato com os supervisores de programa que nos ajudaram a localizar os preceptores e residentes. Observamos um número moderado de médicos residentes ausentes nos momentos de coleta de dados, sendo seis residentes de férias e um afastado por enfermidade. Ao abordar os sujeitos da pesquisa solicitando a sua participação notamos que alguns médicos apontados como preceptores pela supervisão de programa não se percebiam como tal e recusaram-se a participar. Dentre os sujeitos que consentiram em participar da pesquisa, nenhum se recusou a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Após análise destes questionários, foi levantado o substrato para elaboração de questões de aprofundamento, elaborando-se um roteiro para entrevistas semiestruturadas com os gestores e subgrupo de preceptores. Os relatos foram gravados e posteriormente transcritos.

Nesta segunda etapa, buscando melhor compreensão do eixo 3, a preceptoria dos PRMs em hospital assistencial, foi realizada entrevista com cinco supervisores de

programa, exceto a supervisora do programa de Clínica Médica, responsável por esta pesquisa. O roteiro da entrevista objetivou conhecer a concepção de docência, a trajetória docente e a interação com o residente por estes sujeitos. Após entrevista com os supervisores, foi solicitada a estes a indicação de um outro preceptor de cada programa para novo ciclo de entrevistas, sendo acrescentados quatro preceptores indicados, totalizando nove entrevistados nessa etapa. No programa de Clínica Médica, o preceptor foi indicado pelo coordenador da Comissão Estadual de Residência Médica.

Numa terceira fase, foram realizadas entrevistas com seis gestores das instituições arroladas na pesquisa, abordando as principais temáticas levantadas pelos questionários, conforme os núcleos direcionadores.

4.5 Análise de Dados

Os dados obtidos através da entrevista foram transcritos e lidos em profundidade, buscando padrões comuns que possibilitassem a elaboração de categorias de análise. Citando Duarte (2002, p.30), *“fragmentos de discursos, imagens, trechos de entrevistas, expressões recorrentes e significativas, registros de práticas e de indicadores de sistemas classificatórios constituem traços, elementos em torno dos quais construir-se-ão hipóteses e reflexões, serão levantadas dúvidas ou reafirmadas convicções.”*

O material produzido pelas entrevistas foi transcrito na íntegra; dos textos produzidos foram então extraídas unidades de contexto, trechos recortados integralmente das falas desenvolvendo temas em consonância com os núcleos direcionadores. Das unidades de contexto emergiram as unidades de registro, um novo recorte mais centrado na ideia expressa em cada fala. No dizer de Moraes (1999), as unidades de registro são conjuntos de informações que tenham um significado completo em si mesmo. Destas foram extraídas categorias, classificando-se através de expressões os significados dos dados obtidos, contabilizados conforme sua frequência de aparição.

As entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho das instituições participantes e tiveram a duração média de 17 minutos.

4.6 Aspectos Éticos e Legais

Este projeto está em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que versa sobre pesquisas envolvendo seres humanos e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFESP. Somente após a aprovação deste projeto pelo CEP deu-se início à pesquisa.

Todos os sujeitos participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar os dados obtidos através do questionário aplicado aos médicos residentes e preceptores e das entrevistas aplicadas aos preceptores e gestores dividimos os resultados em dois subcapítulos:

1. Relevância, organização e funcionamento dos PRMs em hospital assistencial
2. Preceptoria em PRMs em hospital assistencial

5.1 Relevância, organização e funcionamento dos PRMs em hospital assistencial

Este subcapítulo engloba três núcleos direcionadores da coleta de dados desta pesquisa: 1. Relevância dos PRMs em hospital assistencial; 2. Organização e planejamento; 3. Interação ensino-assistência.

Na análise temática das falas relacionadas com o primeiro núcleo direcionador, **Relevância dos PRMs em hospital assistencial**, identificamos 25 UC contendo 57 UR que deram origem a seis categorias com suas respectivas subcategorias.

- **Melhoria na assistência**
 - Promoção de atendimento diferenciado
 - Maior satisfação da população atendida
 - Possibilidade de retaguarda no atendimento
- **Estímulo à educação permanente da equipe de saúde do hospital**
- **Estímulo à pesquisa no hospital**
- **Contribuição para a formação de recursos humanos locais**
 - Contribuição para a fixação de profissionais na região
- **Ampliação da capacidade de atendimento à demanda**
 - Demanda mais especializada
- **Possibilidade de crescimento institucional**
 - Um diferencial na qualidade

A Residência Médica, modalidade de pós graduação *lato sensu* caracterizada por ensino em serviço, é considerada o “padrão ouro” da especialização médica. Instituída inicialmente dentro dos hospitais, mantém este cenário como o principal campo de atuação na maioria dos programas. Citando Miranda et al (2013. p. 49), nota-se *“a diferença nítida de conhecimento, postura, pensamento clínico organizado e ético entre os médicos que fizeram e os que não fizeram residência.”*

Porto (1962) ressalta que existem inúmeras vantagens para o serviço na formação realizada através do ensino em serviço na modalidade residência. Entre elas, está a redução dos gastos com o corpo médico (o médico residente serve como mão de obra) e a renovação anual com novos residentes, os quais trariam consigo o estímulo que revigoraria o serviço porque o novo aluno vem munido de novas idéias e com desejo de aprender e de trabalhar.

Lima e Porto (1977) destacam a vantagem para o aprendizado do aluno, afirmando que, entre os outros esquemas de ensino no nível de pós graduação, a residência tem se destacado como um dos mais produtivos projetos de especialização e aperfeiçoamento na área médica, exatamente por dispor de uma carga horária prática muito maior do que a outra modalidade de ensino.

Neste núcleo direcionador, a categoria **Melhoria na assistência** foi a mais citada pelos gestores, observada dezoito vezes e associada a três subcategorias.

(...)É... a qualidade do atendimento prestado com a presença do residente ela é infinitamente superior à de um staff sozinho. G1

A *promoção de atendimento diferenciado* foi apontada como um dos fatores da **melhoria na assistência**:

(...)É, eu vejo o programa de residência como um diferencial pra uma Unidade de Saúde (...)todo lugar onde tem aprendiz você procura sempre a excelência, justamente pra mostrar para o aprendiz como é que funciona, então isso traz qualidade pro atendimento, pro paciente, pra ponta, tudo, pra quem está precisando. G2

Nesse diferencial, é apontada a repercussão na assistência prestada ao paciente:

(...)ele (o paciente) vai ser bem conduzido, vai ser bem acompanhado, vai ter menos tempo de internação, vai ter um seguimento, de repente vai ter mais possibilidade de cura mesmo e também para ele retornar com menos frequência. G3

A *maior satisfação da população atendida reconhecendo a melhoria na assistência* com o programa de residência também é observada:

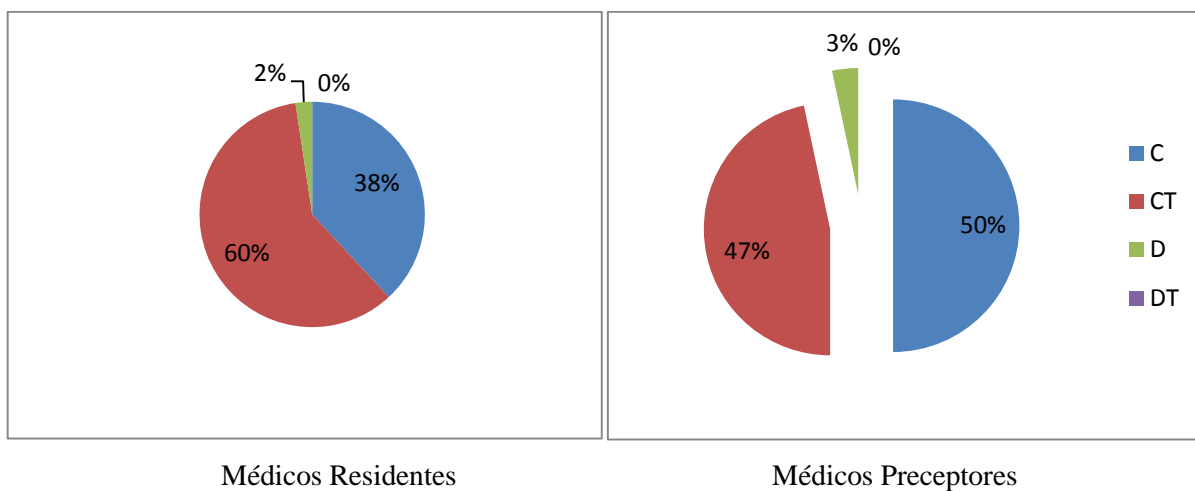
(...)na questão do atendimento a gente observa (...) uma aceitação maior da população porque você tem médicos hoje muito mais bem preparados. G3

A *possibilidade de retaguarda no atendimento* é também apontada como um ganho trazido pelo programa de Residência Médica:

(...) para o profissional que é o preceptor, ele trabalha mais tranquilo, porque ele sabe que ele tem na retaguarda uma turma que está ajudando. G2

Este aspecto também foi observado no questionário aplicado a médicos residentes e preceptores. Frente à assertiva “A RM otimiza o desempenho do trabalho assistencial na unidade”, médicos residentes e preceptores apresentaram igualmente elevado grau de concordância, respectivamente 98% e 97% nas respostas obtidas.

Gráfico 1 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “A RM otimiza o desempenho do trabalho assistencial na unidade”.



A **ampliação da capacidade de atendimento à demanda** também constituiu categoria expressiva, observada catorze vezes.

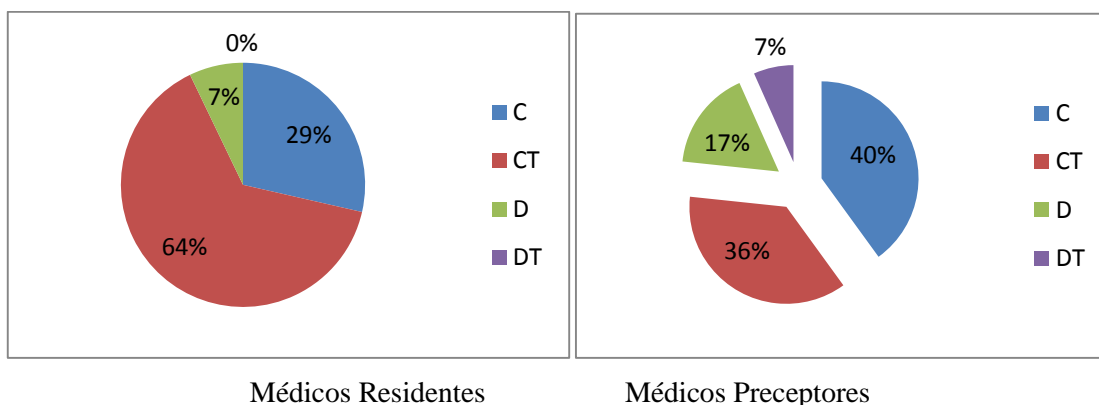
(...) todos nós concordamos que a presença do residente aqui faz muita diferença, na qualidade do atendimento, na quantidade do atendimento prestado (...) G1

O atendimento à *demanda mais especializada* soma-se à maior capacidade de atendimento, sendo observada em quatro unidades de registro.

(...)o serviço de Residência Médica (...) a gente conta com essa mão de obra, não tem como, é imprescindível realmente (...) primeiro que nós não temos essa mão de obra formatada ainda, a maioria da nossa emergência é composta por profissionais genéricos, e eles (os residentes) ficam nessa retaguarda que nos dá mais segurança para a gestão do hospital, para o paciente (...). G5

A importância dos médicos residentes para a assistência foi vista no questionário aplicado a preceptores e residentes. Ao opinarem sobre a assertiva “A RM num hospital assistencial tem sido imprescindível para o atendimento à demanda assistencial crescente da população”, 93% dos residentes e 76% dos preceptores foram concordantes.

Gráfico 2 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “A RM num hospital assistencial tem sido imprescindível para o atendimento à demanda assistencial crescente da população”.



Embora o ensino da Medicina nos hospitais tenha se desenvolvido com muitos conflitos, Sir William Osler, educador médico do final do século XIX já assim contestava: “ [...] *nenhum hospital pode desempenhar completamente sua missão se não for um centro de instrução de estudantes e médicos*” (Marins e Rego, 2011, p.177).

A influência do programa de residência como um diferencial na formação de estudantes foi também apontada por Colares et al (2009, p.97) ao investigar as percepções dos internos de Medicina sob a supervisão dos médicos residentes, assistentes e docentes:

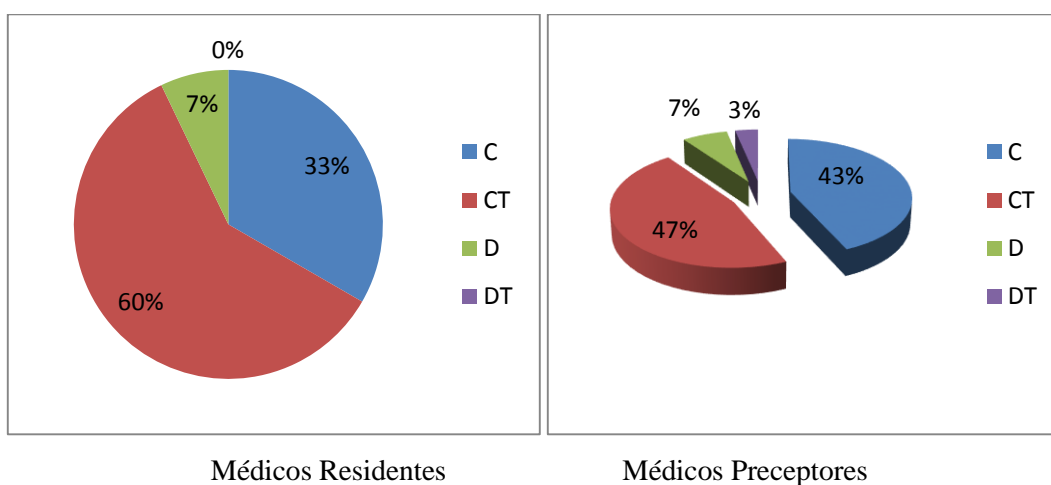
“Opiniões dos internos não influenciadas pelo relacionamento interpessoal com seus supervisores consideram os médicos assistentes e os residentes como superiores ao docente, quanto à qualidade da supervisão das atividades práticas”.

O estímulo à educação permanente da equipe de saúde do hospital constituiu categoria também expressiva neste núcleo, sendo observada catorze vezes na análise temática.

(...)ele aprimora a atualização dos funcionários do hospital, estimula sim(...) coloca assim aquele pensamento acadêmico mesmo. Então você estimula até as outras categorias a tentar acompanhar(...). G3

A influência da RM na educação permanente foi pontuada pelos preceptores e residentes no questionário. Ao responderem à assertiva “A Residência Médica impulsiona o aprimoramento/atualização dos funcionários do hospital” 93% dos médicos residentes e 90% dos médicos preceptores foram concordantes.

Gráfico 3 – Resposta dos médicos residentes e preceptores à assertiva: “A Residência Médica impulsiona o aprimoramento/atualização dos funcionários do hospital”.



Tal achado está em consonância com a definição de Educação Permanente proposta pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:

“aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais”. (Ministério da Saúde, 2009).

A Residência Médica, ao proporcionar a reflexão sobre situações diárias que se transformam em problemas de aprendizagem traz o enfoque da Educação Permanente em Saúde, estendendo-se ainda a outras categorias profissionais, dinamizando a instituição e integrando a equipe.

Nesta mesma linha, o **estímulo à pesquisa no hospital** foi apontado em duas unidades de registro como aspecto trazido pelo programa de Residência Médica:

(...)o nível de discussão entre os médicos preceptores eu acho que ganha (...) você estimula a pesquisa, né, o aprender, o buscar mais conhecimento para aplicar justamente no seu dia-a-dia(...). G3

A presença do ensino no cenário de hospitais inicialmente de perfil assistencialista, especialmente aqueles que se tornaram Hospitais de Ensino, requer deles uma nova postura.

(...) um protagonismo ativo no ensino, na pesquisa e no aperfeiçoamento da gestão, além da atenção qualificada à saúde, e sobretudo, a busca de um comportamento mais sistêmico tanto na saúde como na educação. (Marins e Rego, 2011, p.175).

Com o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino em 2004, as instituições que possuem esse perfil e almejam a oficialização como tais devem desenvolver pesquisas para o aprimoramento do SUS e melhoria na qualidade de vida da população.

A contribuição para a formação de recursos humanos locais foi outra categoria que emergiu da análise temática das entrevistas (2 URs).

(...)o fato de você já ter uma universidade no local então você gera uma demanda, que é a necessidade de pessoas que não têm como até sair para fazer uma residência fora, isso já gera uma demanda para que o próprio estado se mobilize(...)até o próprio hospital porque é uma forma de você garantir que você vai ter mais médicos presentes, de você chamar mais profissionais para aquela região e para sua instituição(...).

Na subcategoria *contribuição para a fixação de profissionais na região* foi ainda enfatizada a relevância do PRM local dada a peculiaridade do Estado de Roraima como referência ao atendimento também para países vizinhos.

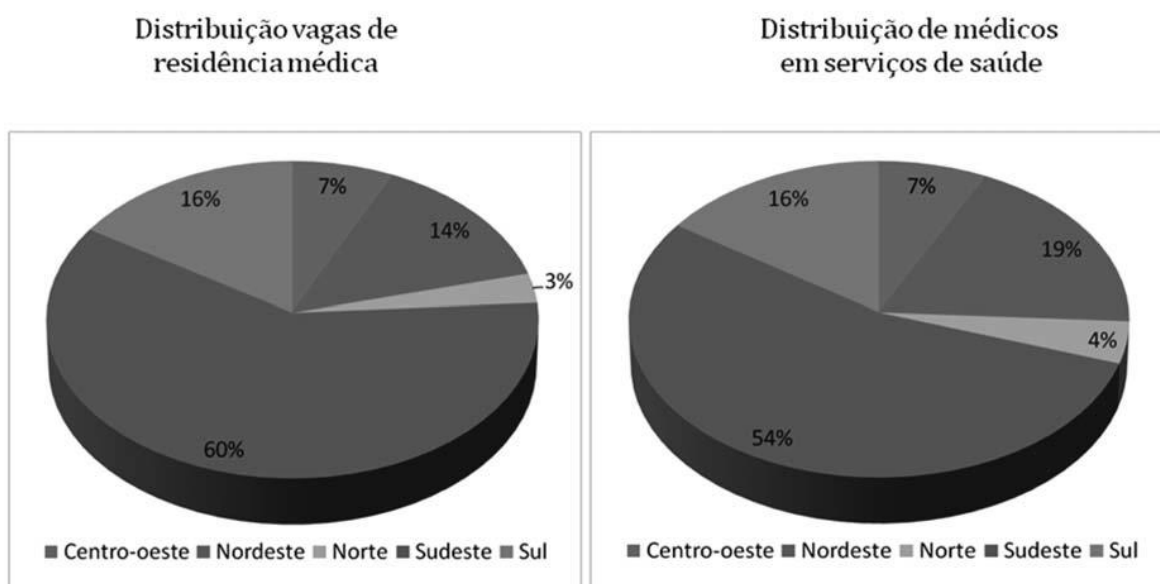
(...)Aqui no estado(...) nós temos uma unidade de referência específica para cada faixa etária que atende a toda a população do estado, referencia os 15 municípios, e mais as regiões de fronteira. É muito complexo a gente manter fixação de profissionais principalmente de especialidades bem definidas no Estado que possam atender a toda essa demanda. G1

(...)Eu penso que a formação através da RM de novos profissionais vem principalmente atender essa grande necessidade da nossa demanda que cresce a cada dia, com profissionais que estão principalmente sendo

capacitados com a realidade na qual eles vão trabalhar, para que eles se fixem no local onde foram treinados e atendam aquela demanda daquela população. G1

Em estudos realizados no ano de 2008 já se demonstra esta realidade através da relação entre o número de vagas de residência médica ofertadas e a distribuição de médicos em serviços de saúde nas regiões do país.

Gráfico 4 – Demonstrativo da distribuição de vagas de residência médica e de médicos em serviços de saúde nas regiões brasileiras.



FONTES: CNES/DATASUS/MS, 2008; CNRM/MEC, 2008. **In:** Cadernos ABEM, 2011.

Pelos dados observamos que a oferta de novos locais de Residência Médica com qualidade contribui para a fixação de médicos nas regiões em que cursaram tais programas. No estado de São Paulo, observa-se que entre os anos de 1995 – 2002 somente 40% dos médicos residentes de outros estados retornaram ao seu lugar de origem (Cadernos ABEM, 2011).

No estado de Roraima aproximadamente 50% dos egressos do programa de Clínica Médica permaneceram no Estado, destacando-se que os demais permaneceram nos locais

onde cursaram especialidade clínica. Sansevero et al reforçam este aspecto em relato feito em 2010 sobre a Residência Médica no Estado:

“Trinta e sete residentes foram formados de 2006 a 2010, sendo 9 pediatras (P), 16 clínicos (CM), 3 cirurgiões gerais (CG) e 9 obstetras(GO). Vinte residentes (54, 05%) oriundos da UFRR e 17 (45, 95%) de outras regiões. O índice geral de fixação em Roraima foi de 78%, (29/37), assim distribuídos: P=100%; CM=81, 25%; CG=0% e GO=77, 7%”.

A **possibilidade de crescimento institucional** foi citada por um entrevistado, trazendo *um diferencial na qualidade:*

(...)Alguns acham que a residência ela vem para atrapalhar, mas não, eu acho que a residência ela só veio para fazer o hospital crescer(...). G3

Seis dos entrevistados salientaram a **possibilidade de associação de ensino e assistência**, destacando-se em duas unidades de registro a *articulação ensino-serviço* e o fato de ser a *opção existente* considerando a existência de poucas unidades hospitalares no Estado.

(...) Eu penso que todo hospital assistencial deveria ser universitário também! A gente teve que fazer a junção das duas coisas. Preparar um profissional que está apto para atender a necessidade da região, mas que também se preocupe em se aprimorar do ponto de vista acadêmico(...). G1

(...)eu creio que aqui em Boa Vista, no nosso caso do Hospital Santo Antônio, ele, a gente não tinha nem opção, ele é o único Hospital Pediátrico do estado (...). G5

Na análise temática do núcleo Organização e Funcionamento dos programas de RM nos hospitais assistenciais de Roraima, identificamos vinte e sete unidades de contexto e sessenta unidades de registro que deram origem a cinco categorias e dez subcategorias.

- **Demanda para implantação do programa de Residência Médica em hospital assistencial pelas Instituições de ensino**
- **Estrutura hospitalar não concebida para o ensino**
 - Falta de infraestrutura
 - Necessidade de protocolos nos programas de Residência Médica

- Resistência inicial do corpo clínico à implantação dos programas de Residência Médica
- Falta de autonomia da gestão local
- **Dificuldade na organização**
 - Dificuldade na articulação com as instâncias gestoras
 - Estabelecimento de uma cultura de planejamento
 - Dificuldades na integração do programa de residência com a equipe de saúde do hospital
- **Geração de novas demandas à gestão**
 - Necessidade de adequação de fluxos
 - Necessidade de convencimento da gestão
 - Envolvimento da direção clínica/geral nas dificuldades enfrentadas pelo programa de residência
- **Interesse da COREME e da direção local para a solução da infraestrutura**

Foi salientado por um entrevistado a **demandas para implantação do programa de residência médica em hospital assistencial pelas instituições de ensino** em duas URs:

(...)a parte de residência médica, aqui na nossa unidade vem por um movimento da própria instituição, não foi um movimento da gestão, foi um movimento da própria instituição, da Universidade (...) G2

No entanto, os programas de residência foram abrigados numa **estrutura hospitalar não concebida para o ensino**, sendo esta afirmação a categoria mais frequente deste núcleo, emergindo vinte e seis vezes na análise temática.

(...)A gente sabe que não é o ideal, o hospital não tem a estrutura adequada nem para corresponder às situações de assistência mesmo (...).G1

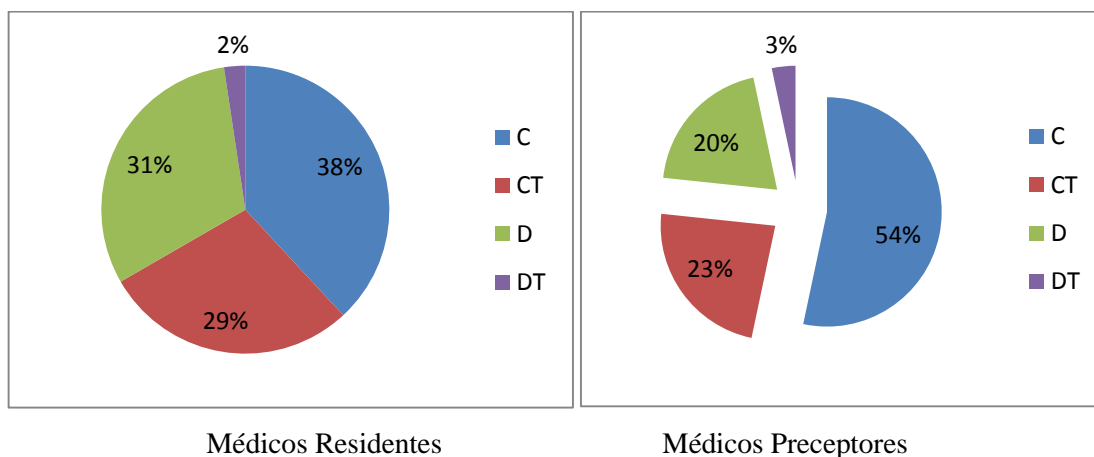
(...)eu realmente tenho problemas muito graves de instalação física, mas que já estamos resolvendo(...).G1

A falta de infraestrutura foi observada em duas unidades de registro dos gestores.

(...)na verdade o hospital não se preparou pra esse momento. (...) tanto que as coisas, as estruturas elas vão aparecendo e a gente vai vendo que se vai readeguando, vamos readequar isso, colocar essa sala aqui(...) Porque os programas vão sendo abertos mas a estrutura continua a mesma(...). G4

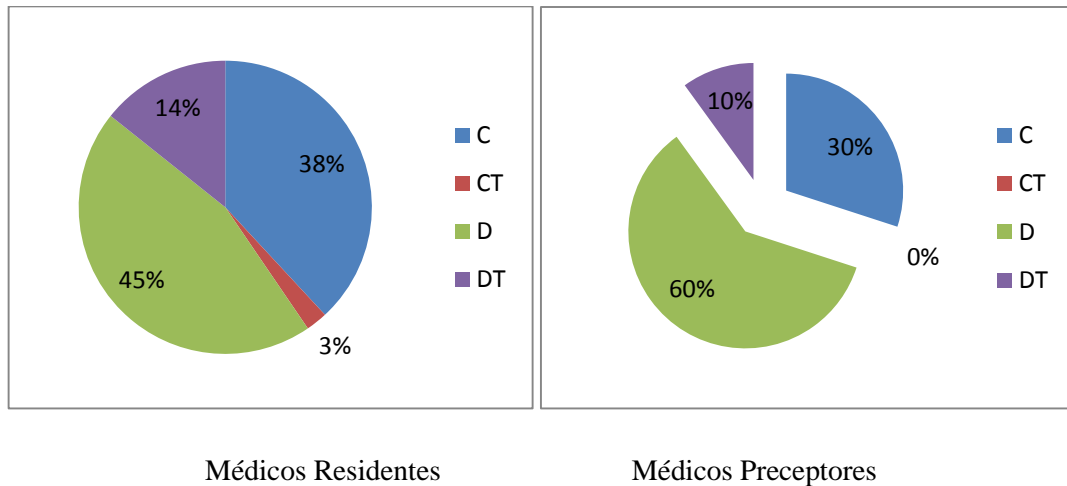
A falta de infraestrutura foi também apontada por 67% dos médicos residentes e 77% dos preceptores no questionário.

Gráfico 5 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva: “Por sermos um hospital assistencial, a estrutura física não abriga adequadamente o programa de Residência Médica”.



Nesta mesma temática, ao responderem à assertiva “O hospital dispõe de instalações físicas adequadas para o ensino e a aprendizagem na RM”, 59% dos médicos residentes e 70% dos preceptores foram discordantes.

Gráfico 6 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “O hospital dispõe de instalações físicas adequadas para o ensino e a aprendizagem na RM”.



A necessidade de protocolos nos programas de Residência Médica foi observada em duas unidades de registro, salientando sua ausência na instituição:

(...)não poderia haver residente sem o pré-protocolo do hospital, eu acho que para ter recebido residente, teria que ter sido organizada essa parte de protocolos, que facilitaria muito o processo de ensino-aprendizagem, nós não temos protocolo pra nada (...).G5

Um dos gestores entrevistados lembrou a *resistência inicial do corpo clínico à implantação dos programas de Residência Médica* em uma unidade de registro:

(...)houve uma resistência de alguns médicos, porque eles achavam que eles iriam trabalhar mais, eles achavam que eles tinham que ficar tomando conta de médicos, e hoje é o contrário, hoje já está aprovado, todo mundo quer (...). G2

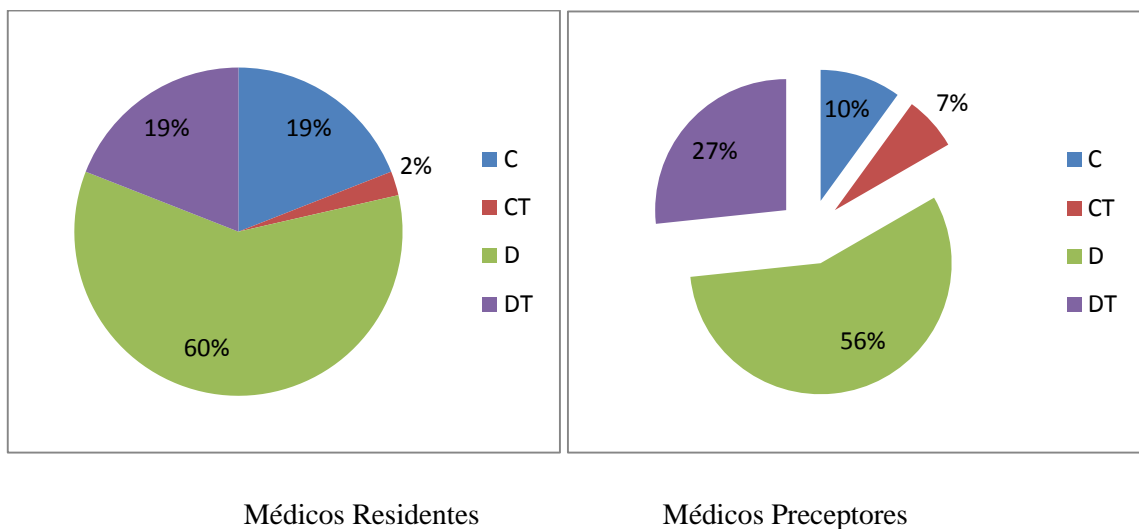
Em trabalho realizado com preceptores da rede de serviço assistencial em relação à graduação médica, Oliveira et al (2010) pontuaram:

“Muitas atividades sugeridas envolvem reduzir a sobrecarga das equipes, tanto assistencial quanto administrativa para que os profissionais atuem na

preceptoria. Alguns profissionais revelam algum grau de resistência à participação dos alunos”.(p.172)

Este aspecto também foi avaliado no questionário aplicado a médicos preceptores e residentes. Ao responderem à assertiva “Todos os médicos do hospital desempenham papel na formação dos médicos residentes” 79% dos residentes e 82% dos preceptores foram discordantes.

Gráfico 7 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “Todos os médicos do hospital desempenham papel na formação dos médicos residentes”.



Neste contexto, a *falta de autonomia da gestão local*, citada em cinco unidades de registro, mostra limitação para a solução dos problemas:

(...)a unidade não é orçamentária, depende sempre do nosso gestor e do nosso mantenedor que é a Secretaria de Saúde. G1

Além desta resistência inicial, nota-se **dificuldade na organização** dos programas de Residência Médica em hospital assistencial, categoria emergente em oito URs. A principal dificuldade apontada foi *na articulação com as instâncias gestoras*, subcategoria apontada nove vezes:

(...)eu me lembro que tinha uma verba destinada para o hospital montar uma biblioteca e um centro de estudo de um ministério(...) precisava um projeto (...)o gestor colocou pra frente, quem era o responsável? Foi a residência ou foi o gestor do hospital? ou era da Universidade? (...)às vezes, fica mal definido quem tinha que ter tomado a frente (...) G2

Corrêa et al (2010), em relato sobre a parceria ensino-serviço, citam a importância do diálogo entre a instituição de ensino e a rede de serviços através da criação de um comitê gestor:

“A inserção dos estudantes nos serviços se dá há muito tempo, mas a forma e os problemas decorrentes eram discutidos pontualmente e muitas vezes não resolvidos. Com a formação do Comitê verificou-se que os conflitos ocorriam por falha de comunicação, desde o não entendimento das ações que seriam desenvolvidas até falta de material para a realização das atividades”(p.216).

O estabelecimento de uma cultura de planejamento mostra-se como aspecto heterogêneo dentro da preceptoria dos PRMs, observando-se ora presente e participativo, ora ausente (não participação em reuniões de planejamento), ora presente e individual, como visto em doze URs.

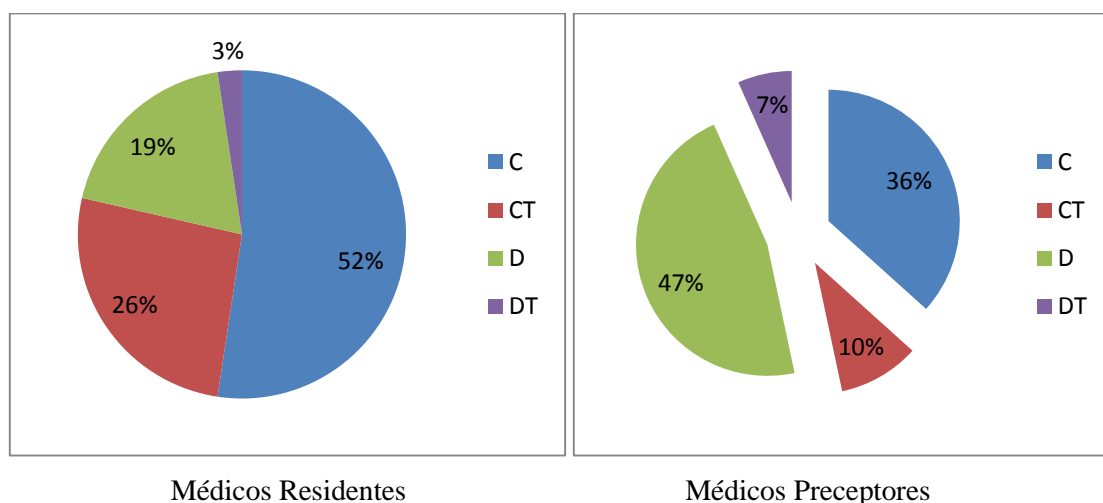
(...)Eu me reúno com o meu chefe e com a coordenadora do PRM e até com os próprios residentes e a gente faz um balanço do que estamos falhando (...).A gente não impõe tudo, deixa o residente participar (...). P6

(...)(participa de reuniões de planejamento?)Não, não, não participo. (Ou com a COREME?) Não, muito pouco(...). P7

(...)eu fiquei muito tempo sozinha. Então assim, as reuniões de planejamento eu fazia eu comigo mesma, entendeu, e fazia com os próprios residentes, o que eles estavam achando (...) P9

Quando confrontados com a assertiva “Existe uma proposta orçamentária para o financiamento dos programas de Residência Médica”, 54% dos preceptores discordam, apontando para uma dificuldade no planejamento. Dentre os residentes, 78% concordam com a assertiva.

Gráfico 8 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “Existe uma proposta orçamentária para o financiamento dos programas de Residência Médica”.



A dificuldade na integração do programa de residência com a equipe de saúde do hospital foi apontada em duas URs:

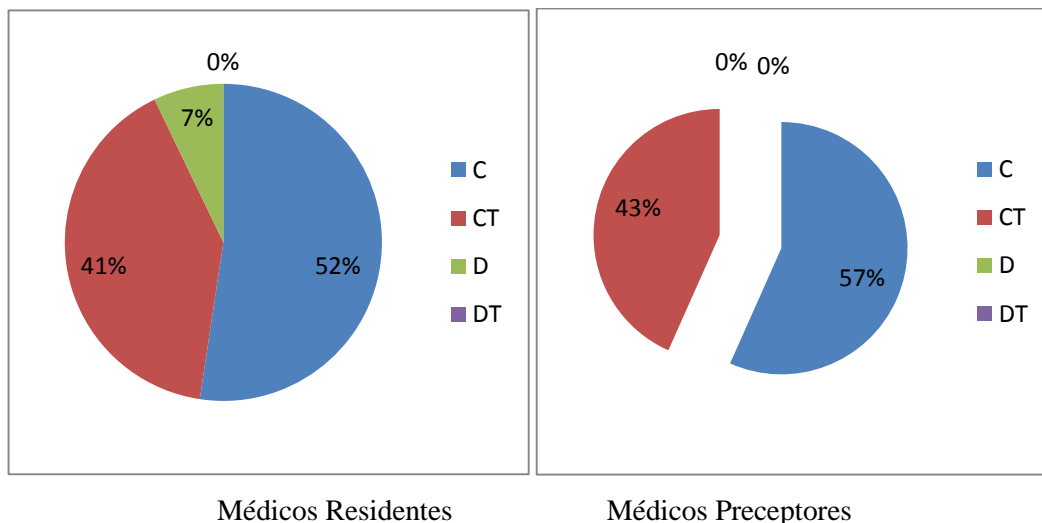
(...)tudo esbarra na falta de comunicação, de apresentar para o corpo clínico do hospital o que é residência, qual o objetivo, a que veio, se isso não existe, é difícil ver essa interação (...) G5

Oliveira et al (2011) pontuam que

“é necessário criar estratégias que possibilitem uma melhor comunicação entre os atores envolvidos neste processo, como reuniões, oficinas e congressos frequentes, que possam esclarecer não só os estudantes, mas profissionais e gestores sobre o papel de cada um neste cenário”. (p 133)

Percebemos que a organização da RM em hospital assistencial tem sido desafiadora, como apontado por 93% dos residentes e 100% dos preceptores.

Gráfico 9 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva: “Por sermos um hospital assistencial, a organização da RM tem sido muito desafiadora”.



Neste contexto, surge a **geração de novas demandas à gestão**, categoria contabilizada doze vezes. Assim, existe a *necessidade de adequação de fluxos*, como visto em uma unidade de registro, pois demandas são encaminhadas para setores não relacionados ao problema.

(...)na realidade o que foi questionado pela coordenação de RM da Anestesia nada tinha muito a ver com a direção clínica, mais coisa estrutural(...). G3

Outro aspecto salientado foi a *necessidade de convencimento da gestão* para o atendimento de solicitações visando o melhor desempenho dos programas, como observado em duas unidades de registro dos gestores.

(...)a gente não estava conseguindo, mas a gente chegou junto à direção da unidade e a gente colocou o pé na parede, eu preciso de uma sala, eu preciso fazer essa avaliação pré-anestésica porque não só pensando na residência mas no próprio paciente (...) a direção nesse caso disponibilizou a sala. G3

Para os entrevistados, existe um *envolvimento da direção clínica/geral nas dificuldades enfrentadas pelo programa de residência*, como observado em seis unidades de registro:

(...) As reformas elas são feitas assim, a gente tenta enquanto gestão estar buscando junto ao secretário estadual (...) G3

(...) Foi me trazido a gestão apenas o problema de conforto para os residentes e em fevereiro foi entregue (...) G5

Em contrapartida, há **interesse da COREME e da direção local para a solução da infraestrutura**, como citado em duas unidades de registro:

(...)dizer que as instalações aqui são adequadas é um engodo(...) isso aqui (dados do questionário) é completamente verdadeiro, mas não é verdadeiro por falta do interesse e do incentivo, tanto da coreme local quanto da direção, mas por falta de condições superiores que agora já estão disponíveis(...). G1

(...)não é negativa da parte da gestão(...) é um hospital, que já tá feito, que tá faltando do que já nos sustenta (...) não temos onde colocar um local pra ser ali da residência (...) até os confortos pra os plantões, tudo, é um problema, eles têm que fazer junto com a gente(...). G6

Na análise temática do núcleo interação ensino-assistência observamos vinte e uma unidades de contexto e trinta e nove unidades de registro que deram origem a duas categorias e onze subcategorias.

- **Boa interação ensino-assistência**
 - Potencialização da assistência pelo ensino
 - Adequação da rotina assistencial para o ensino
 - Otimização do aprendizado pela assistência
 - Possibilidade de desenvolvimento de pesquisa aplicada no cotidiano da assistência

- **Dificuldades na interação ensino-assistência**
 - Dificuldade na diferenciação ensino-assistência tanto pelas direções (geral e clínica) como pelos residentes
 - Número reduzido de preceptores
 - Sobrecarga de trabalho
 - Objetivo do hospital assistencial mais voltado à demanda local, epidemiológica da região

- Dificuldades de pactuações com a preceptoria
- Despreparo do preceptor
- Responsabilidade isolada do residente pela assistência

A análise temática deste núcleo mostra como uma de suas categorias a **boa interação ensino-assistência**. A *potencialização da assistência pelo ensino* foi subcategoria citada em duas unidades de registro dos gestores.

(...)Com a residência médica você vai ter aí um médico preceptor, com mais quatro residentes, ou seja, você diminui o número de pacientes por profissional e conseqüentemente você melhora a qualidade da assistência (...). G3

A *adequação da rotina assistencial para o ensino* emergiu da análise temática de treze URs:

(...)os residentes, independente do volume do plantão, eles precisam ter um número limitado de atendimentos (...)o residente é responsável por X pacientes, justamente pra que ele tenha esse olhar de residente com uma qualidade maior, que ele possa se aprofundar, possa tirar suas dúvidas (...). G1

(...)agora aqui no ambulatório, eles só atendem quatro pacientes, atender quatro pacientes em quatro horas, eu creio que não seja um volume desarrazoável. (...) G5

A *otimização do aprendizado pela assistência* foi subcategoria citada em seis UR dos gestores.

(...)se você trabalhou mais você aprendeu mais, se você trabalhou menos, você aprendeu menos (...) você tem um volume(...). G2

A *possibilidade de desenvolvimento de pesquisa aplicada no cotidiano da assistência* foi pontuada por um gestor em uma UR:

(...)você está no dia a dia na prática você já está prestando esse conhecimento, essa pesquisa que você está fazendo você está colocando na prática e você está atendendo um número maior da população(...). G3

As **dificuldades na interação ensino-assistência** constituíram uma segunda categoria, emergindo em dezenove URs dos gestores e quatro URs dos preceptores. A *dificuldade na diferenciação ensino-assistência tanto pelas direções (geral e clínica) como pelos residentes* foi subcategoria expressiva em nove URs dos gestores.

(...)tem preceptores que conseguem diferenciar bem até q ponto eu estou como preceptor fazendo a parte de ensino e quando eu estou fazendo só a parte de assistência (...)ainda mistura muito porque até os próprios residentes questionam o fato de eles dizerem eu não estou aqui fazendo a questão do ensino, eu estou tocando trabalho (...) G3

(...)assistência é o momento diante do paciente, o estudo de caso é quando a gente pode pegar todas as situações junto com os dados escritos, com as impressões que cada um teve, é um momento de reflexão fora da tomada de decisões(...). Então, o volume dos pacientes dificulta o estudo? Eu tenho um espaço definido pra estudo (...) G1

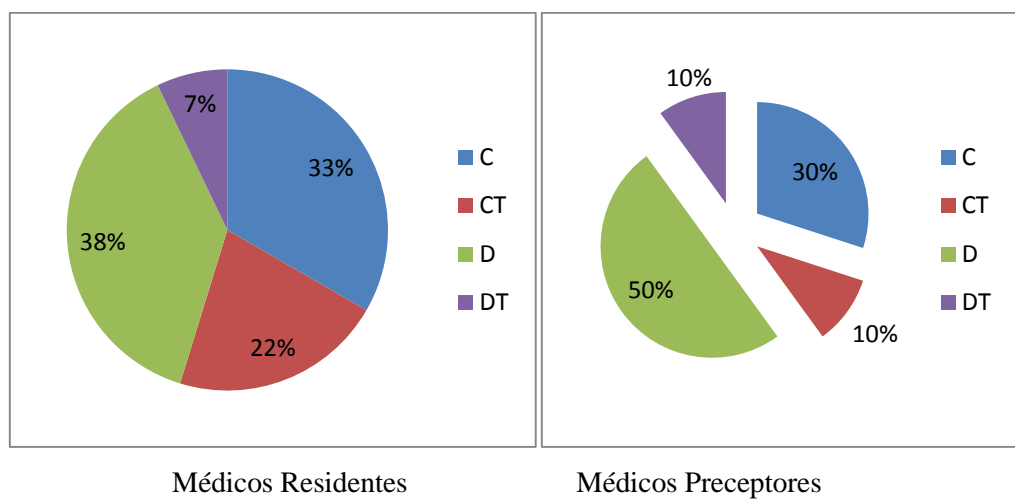
(...)não é igual a uma instituição de ensino, quer dizer, você tem lá residência, internato e tem o staff (...)aqui não, nós só temos uma referência (...) e toda vez que você falar em ortopedia, você está falando com um grupo de assistência que vai estar envolvido com um grupo de residentes (...) G2

Outra **dificuldade** apontada foi o *número reduzido de preceptores*, observado em duas URs dos gestores e uma UR dos preceptores. A segunda é a *sobrecarga de trabalho*, apontada em três URs dos gestores e em uma UR dos preceptores.

(...)numa residência em que você tem um número reduzido de preceptores com um número maior de residentes com um número maior de pacientes você realmente não vai ter ganho, vai até ter perda do ensino, da aprendizagem (...) G3

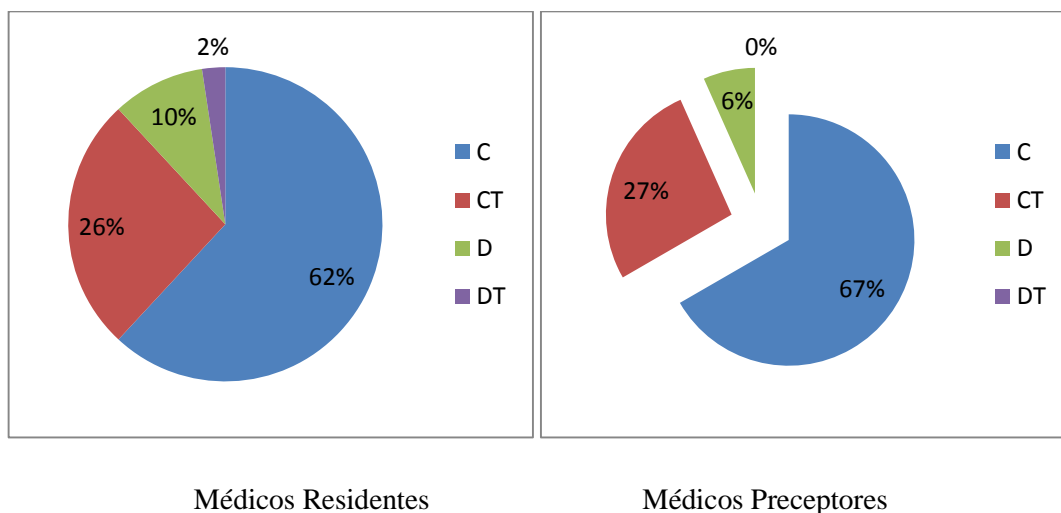
Ao serem confrontados com esta problemática no questionário através da assertiva “ O volume de pacientes assistidos dificulta o estudo das situações clínicas na RM pela falta de tempo” 55% dos residentes foram concordantes e 60% dos preceptores discordantes.

Gráfico 10 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “ O volume de pacientes assistidos dificulta o estudo das situações clínicas na RM pela falta de tempo”.



Ao responderem à assertiva “O volume de pacientes assistidos na RM facilita o estudo das situações clínicas pela grande diversidade de problemas a resolver” 88% dos residentes e 94% dos preceptores foram concordantes.

Gráfico 11 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “O volume de pacientes assistidos na RM facilita o estudo das situações clínicas pela grande diversidade de problemas a resolver”.



Desde os primórdios dos programas de Residência Médica, quando ainda não legalizados, haviam críticas relacionadas à exploração da força de trabalho do residente. Godoy (1967) já alertava para o fato de que, se o programa de residência não fosse planejado e orientado com objetivos bem definidos, havia o risco de que esses programas se tornassem mecanismos de exploração do trabalho profissional.

Também salientado em uma UR dos gestores foi o *objetivo do hospital assistencial mais voltado à demanda local, epidemiológica da região.*

(...)num hospital assistencial a gente se volta muito para a necessidade premente do paciente, e da situação principalmente epidemiológica da região. Então a gente falha um pouco sim, na questão acadêmica, mas a gente se volta muito pra necessidade da assistência local. (...) G1

As *dificuldades de pactuação com a preceptoria* e o *despreparo do preceptor* foram citadas em quatro URs dos gestores e uma UR dos preceptores respectivamente.

(...)os profissionais que dizem: não recebo não faço nada, se ninguém interessa que se faça, ou seja, o preceptor, ninguém faz(...). G6

(...)As coisas que mais atrapalham são essas, quando você tem uma assistência muito carregada que você não consegue dar atenção e quando você tem um despreparo para receber o residente (...) P9

A *responsabilidade isolada do residente pela assistência* foi outra dificuldade apontada na interação em uma UR dos gestores:

(...)os residentes seriam só residentes, dariam seus plantões como residente, e não, nesse momento eu tenho que usar o residente como plantonista médico (...) eu tenho contratado ele também pra fazer o plantão assistencial como médico (...) G6

5.2 A Preceptoria em Hospital Assistencial

Na análise temática do núcleo preceptoria identificamos quarenta e três unidades de contexto e sessenta e nove unidades de registro que deram origem a cinco categorias e quinze subcategorias.

Potencialidades da preceptoria

- Crescimento pessoal
- Orientação ética aos residentes
- Desenvolvimento do papel de educador
- Aprimoramento da postura

Apoio operacional à assistência

- Otimização do trabalho assistencial
- Acompanhamento do trabalho assistencial
- Segurança através do apoio técnico aos residentes

Dificuldades operacionais na preceptoria

- Necessidade de preceptores qualificados para a preceptoria
- Escassez de profissionais para a demanda assistencial
- Falta de compromisso com a função
- Falta de rotina acadêmica dentro do serviço

Requisição de contrapartida da gestão

- Definição de carga horária
- Remuneração da função de preceptor
- Planejamento conjunto
- Reconhecimento do seu papel

Não diferenciação com a preceptoria em hospital universitário

A análise dos dados obtidos por meio das entrevistas mostra **potencialidades da preceptoria** em 21 unidades de registro. O *crescimento pessoal* foi apontado em uma unidade de registro:

(...) você tem um incentivo para se atualizar (...) Com a preceptoria você tem a necessidade de passar para o seu residente o que é o certo e acaba melhorando, melhora o conhecimento, e... sua atualização(...). P7

A *orientação ética aos residentes* foi apontada em seis unidades de registro nas falas dos preceptores.

(...)a preceptoria demanda uma série de situações: aulas que têm que ser preparadas, revistas, lições, chamadas de atenção, correções de atitudes, então é uma situação bem complexa na qual a gente precisa ter uma bagagem maior que não somente a bagagem acadêmica (...). P3

O *desenvolvimento do papel de educador* foi subcategoria observada em treze unidades de registro.

(...)e como muita gente não tem aquela situação de querer ser impositivo que eu acho que precisa, residência eu vou formar um colega que vai dividir espaço comigo, se ele não souber, eu vou me prejudicar(...) De vez em quando chamar atenção, punir com faltas, se ele repetiu 3 ou 4 rodízios do mesmo rodízio, está em zero, não melhora, não há vantagem, solicitar ou encaminhar para ele ser desligado(...). P3

Em uma unidade de registro foi citado o *aprimoramento da postura* trazido pela preceptoria influenciado por experiências prévias do preceptor.

(...) eu pegava aquele professor que eu gostava e que eu via como ele foi comigo durante a residência, eu falava: bom, se ele é um bom professor e eu gosto dele então eu vou me espelhar no que ele é para poder fazer o meu trabalho(...). P9

Em oficina do Fórum Permanente de Residência Médica realizado com preceptores do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Afonso et al (2009, p.103) descrevem que “*as responsabilidades da preceptoria identificadas no Fórum incluem aspectos relacionados a cuidado, gestão e educação [...]*”. Nesta dimensão de educador, Marins e Rego (2011) salientam a figura do preceptor como modelo:

“Um dos motores principais da aprendizagem é o exemplo (role model) que o professor inscreve nos corações e mentes de seus alunos ao mobilizar recursos (de cognição, de habilidades e atitudes) para solucionar o problema do paciente, da família ou da comunidade. Muitos fazem isso quase intuitivamente, seguindo os passos dos “exemplos” de sua própria formação. Outros procuram aperfeiçoar e entender “o que é ensinar e o que é aprender”. Outros, ainda, apenas reproduzem o que aprenderam (ou desaprenderam) com seus “maus exemplos do passado” (...) (p .184)

Em estudo analisando as características de um preceptor de residência médica em um hospital de ensino, Irby (1992) mostra as dimensões de educador e atuação na formação moral do residente:

“(...) o preceptor atua na sua própria prática médica, trabalha como preceptor em ação, como médico e educador; ao desempenhar suas funções no cuidado à saúde do paciente, preocupa-se também com suas funções educacionais” (IRBY, 1992, p. 73)

O autor comenta ainda que:

“Notamos, então, a importância conferida à formação moral através de suas preocupações em avaliar os comportamentos e atitudes dos

neófitos, assim como através da explicitação de que esses atributos relacionais são essenciais para a construção de uma melhor prática médica” (p.78).

O **apoio operacional à assistência** foi categoria citada em duas unidades de registro na fala dos gestores e em sete na dos preceptores. A *otimização do trabalho assistencial* foi uma subcategoria citada em duas unidades de registro dos gestores:

(...) eu acho que com o residente você se estimula, está sempre crescendo, e até diminui o seu trabalho porque você acaba dividindo um pouco da carga de atividade com o seu residente. G3

Nessa temática, o *acompanhamento do trabalho assistencial* pela preceptoría foi citado em seis unidades de registro na fala dos preceptores.

(...)como médica do plantão eu recebia esses alunos e estava ali disponível pra passar o conhecimento que eu tinha. Então foi... aí gradualmente eu fui adquirindo outras funções e assumindo mais o papel de preceptor (...). P1

(...) Preceptoría, eu acho que foi algo natural, quando retornamos da nossa especialidade, (...) como nós temos uma carência de preceptores, nós nos inserimos no programa, através do trabalho cotidiano (...). P2

A *segurança através do apoio técnico aos residentes* constitui subcategoria citada em uma unidade de registro na fala dos preceptores.

(...) o preceptor de residência ele é aquela pessoa que dá, tanto o suporte técnico para o seu residente, dá uma segurança para o seu residente por exemplo, para o seu R2, R3 fazer o procedimento sozinho (...). P7

As **dificuldades operacionais na preceptoría** foram citadas como categoria expressiva, pontuadas em seis unidades de registro na fala dos gestores e onze na dos preceptores. Esteve associada a quatro subcategorias, sendo a *necessidade de preceptores qualificados para a preceptoría* a mais frequente, observada em seis unidades de registro na fala dos gestores e em dez na dos preceptores.

(...) a gente depende também de maior número de profissionais habilitados, mas eu acho que a pessoa para ser preceptor tem que ter uma residência (...) G3

(...)Existe uma necessidade de treinamento pedagógico, nem toda pessoa que sabe um tema sabe ensinar esse tema, nem toda pessoa que tem interesse em ensinar tem a metodologia necessária que se precisa para ensinar(...) P3

A *escassez de profissionais para a demanda assistencial* foi apontada em duas unidades de registro na fala dos gestores:

(...) a gente não tem profissionais suficientes para assumir a demanda, a carga horária fica no caso, ficaria complicado, até para o preceptor (...). G3

Outra subcategoria apontada foi a *falta de compromisso com a função de preceptor*, observada em duas unidades de registro na fala dos gestores e em uma na dos preceptores.

(...)E uma outra coisa que foi colocada é que o profissional também tenha esse compromisso com a residência médica, não adianta você dizer que é preceptor e não cumprir o papel de preceptor. Tem que ter esse compromisso (...) G3

A *falta de rotina acadêmica dentro do serviço* foi observada uma vez nos relatos dos preceptores.

(...)eu acho que falta tudo isso daí, entendeu, uma sequência lógica, toda uma rotina acadêmica dentro do serviço (...). P4

Situação semelhante foi observada na implantação de programas de Residência Médica no Estado do Tocantins, como relatado por Borges et al em 2011:

“Os desafios da RM são imensos, desde a insuficiência da adoção de estratégias de apoio local da gestão aos programas até o desinteresse de médicos na preceptoria de residentes, em parte devido à falta de atrativos para a função e de profissionais qualificados, já que aqueles de “perfil assistencial”, não possuem nenhum treinamento didático”. (p.1174)

Neste cenário de demandas, observa-se a **requisição de contrapartida da gestão**, categoria mais frequentemente observada, associada a quatro subcategorias, registrada vinte e três vezes nas falas dos gestores e três vezes nas falas dos preceptores.

É... essa questão toda, essa problemática toda existe porque não há uma determinação a nível estadual, da secretaria de saúde. Então cada unidade hospitalar, ela geriu esse problema, de maneira individualizada (...). É, realmente em nossa unidade não existe uma remuneração a mais para os médicos que se propõem a ser preceptores. O nosso acordo com eles é uma redução de carga horária(...). G1

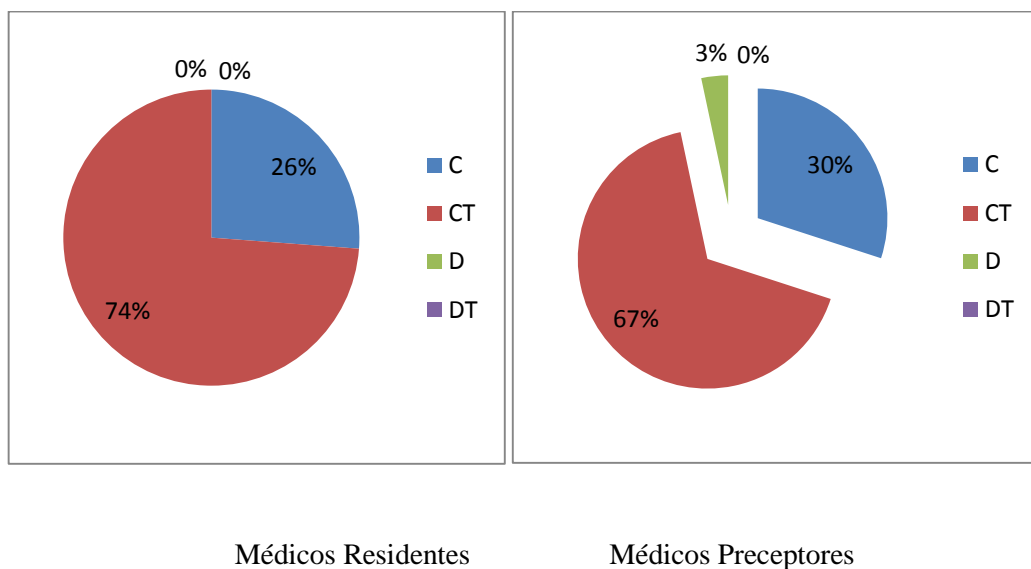
A *definição de carga horária* foi apontada em sete unidades de registro (seis gestores e um preceptor) na análise temática:

(...) Eu acho que o nó crítico mesmo é essa, essa informalidade, e digamos assim, você não tem uma determinada carga horária para desempenhar como médico assistente e ao mesmo tempo o ensino, como médico preceptor(...). G3

(...) dentro da carga horária daquele profissional que é concursado, que presta aquele trabalho, dentro do seu horário de concurso tem que haver espaço com esse residente(...). G3

Fortalecendo este aspecto, ao opinarem sobre a assertiva “Deve haver espaço definido na carga horária dos preceptores para o ensino na RM” no questionário aplicado a residentes e preceptores, 97% destes e 100% daqueles foram concordantes.

Gráfico 12 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “Deve haver espaço definido na carga horária dos preceptores para o ensino na RM”.



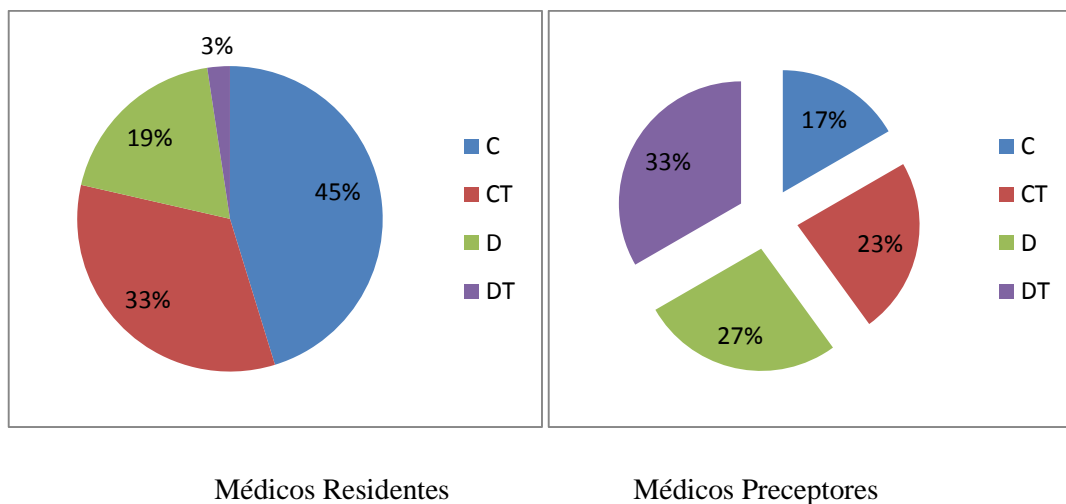
A necessidade de *remuneração da função de preceptor* é uma subcategoria de destaque, observada doze vezes (dez URs nas falas dos gestores e duas nas dos preceptores).

A questão salarial (...) está caminhando a passos lentos. Tem que ter sim, tem que ser diferenciado, eu concordo plenamente(...) G3

E eu acho que isso era o mínimo, era uma atualização dos seus preceptores, sem falar da parte remuneratória que nós não temos (...) porque não tem, que incentivo nós temos como preceptor aqui? Nenhum.(...) P7

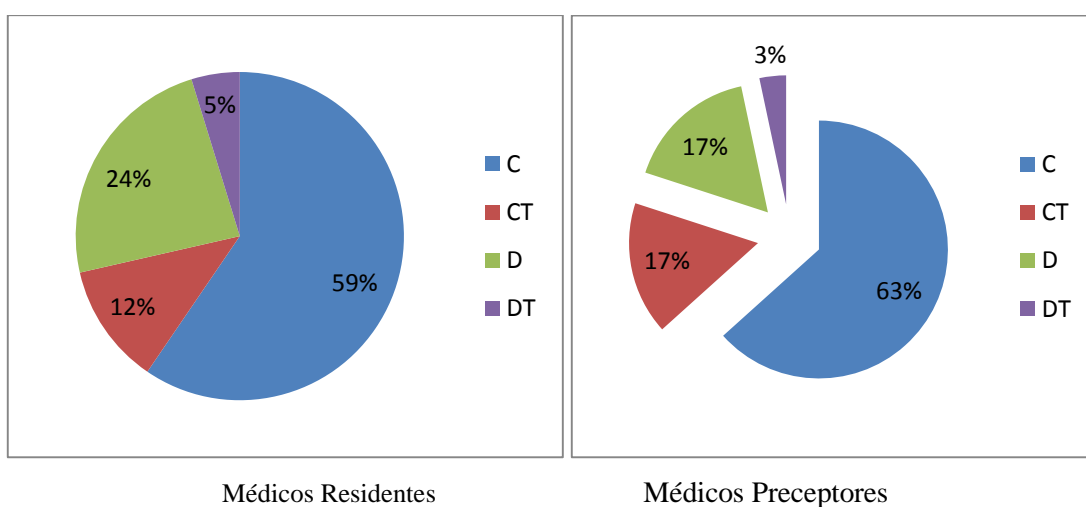
Ao abordar essa temática através da assertiva “O trabalho docente dos médicos do hospital tem merecido uma valorização profissional e salarial por parte da gestão” no questionário aplicado a médicos preceptores e residentes notamos que 78% dos residentes concordam e 60% dos preceptores discordam da assertiva.

Gráfico 13 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “O trabalho docente dos médicos do hospital tem merecido uma valorização profissional e salarial por parte da gestão”.



Ao opinarem sobre a assertiva “Existe resistência dos médicos servidores do hospital em assumir o seu papel formativo”, 71% dos médicos residentes e 80% dos preceptores concordaram.

Gráfico 14 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “Existe resistência dos médicos servidores do hospital em assumir o seu papel formativo”.



Em relato de oficina realizada no 1º fórum sobre preceptoría no Hospital dos Servidores do Estado no Rio de Janeiro, Pereira et al (2009), ao buscarem estratégias de valorização do preceptor, registraram:

“[...] a necessidade do reconhecimento oficial pela coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (capes) para o preceptor em residência em saúde, com normatização do cargo: carga horária, capacitação e remuneração; outras estratégias: melhoria na qualidade da assistência para promoção da melhoria na qualidade da preceptoría; identificação de condições que permitam ao preceptor obter e manter educação permanente em instituições caracteristicamente assistenciais: apoio logístico para cursos e congressos; cursos de metodologia de ensino e de avaliação do residente; oficinas envolvendo profissionais de outras áreas para questões ético-profissionais e comportamentais”. [...] (p. 389)

De modo semelhante, Cardoso et al (2009) ao falarem sobre *Reconhecimento do Preceptor, Visibilidade e Apoio para o Exercício desta Função*, observaram em oficina com 32 preceptores:

“[...] faz-se necessário o estabelecimento das suas funções na legislação, de forma clara e concisa, com remuneração e carga horária adequada; como fatores favoráveis à visibilidade foram identificados: o reconhecimento do preceptor de cada instituição pelo trabalho educacional exercido; os fatores desfavoráveis à visibilidade seriam decorrentes da falta de oficialização da função perante os gestores”. (p.420)

Outra subcategoria apontada foi a necessidade de *planejamento conjunto* entre a preceptoría e a gestão, observada em duas unidades de registro na fala dos gestores.

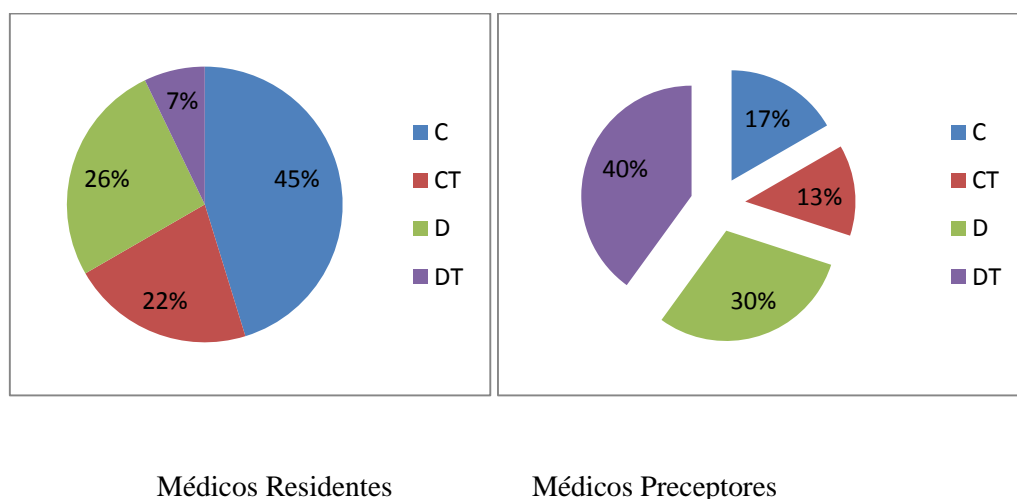
(...)a gente tem que estudar realmente um plano, a gente tem que sentar(...)tem que ser um projeto bem fundamentado junto com toda a equipe prá que mudando a gestão continue(...) G3

O *reconhecimento de seu papel* como preceptoría constituiu subcategoria observada em nove unidades de registro, sendo oito na fala dos gestores.

(...)É como eu falei, não tá definido (o papel de preceptor), (...)tem alguns profissionais que por, é, conta própria eles gostam, se interessam, apoiam, dão incentivo, porém a maioria não dá (...) G6

Quando abordados com a assertiva “Os tutores/preceptores são reconhecidos institucionalmente no organograma do hospital” por meio do questionário utilizando a escala Likert, 67% dos residentes concordaram e 70% dos médicos preceptores discordaram.

Gráfico 15 – Respostas dos médicos residentes e preceptores à assertiva “Os tutores/preceptores são reconhecidos institucionalmente no organograma do hospital”.



Durante o ano de 2012, a Associação Brasileira de Educação Médica proporcionou treinamento para preceptores por meio do Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría na Residência Médica em estados das regiões norte e nordeste. Na conclusão do curso, os alunos desenvolveram sínteses coletivas na temática preceptoría conforme sua problemática regional e temas semelhantes emergiram dos relatos compilados nos Cadernos da ABEM, vol 9.

Preceptores do estado do Maranhão relataram:

“O exercício da preceptoría permanece na informalidade, sem normatização específica e a devida valorização pelas instituições. (...)Observa-se que esta “profissão” realmente é “oficiosa” porque, ao se ingressar numa instituição para realizar trabalho assistencial, assume-se a condição de “professor/preceptor” sem remuneração, sem capacitação, sem

valorização, sem reconhecimento e, muitas vezes, sem condições técnicas.”
(p.49)

Nos estados do Acre e Rondônia, foram identificados problemas como:

*“(...) pouco compromisso, interesse e participação dos preceptores no PRM; individualismo; desestímulo e passividade do residente; **problemas de gestão do trabalho:** pouca carga horária destinada à preceptoria; tempo escasso para discussão com o residente; demanda assistencial elevada; acúmulo de funções; baixa remuneração e ausência de regulamentação para o exercício da preceptoria; **problemas ligados ao processo de ensino-aprendizagem:** pouco conhecimento ou vivência com pedagogia e didática; baixa habilidade técnica de alguns preceptores; pouco incentivo à atualização e educação continuada, e inexistência de padronização de condutas/protocolos nas unidades de saúde (p. 17).*

Foi pontuada ainda, em uma unidade de registro na fala dos gestores, **a não diferenciação com a preceptoria em hospital universitário.**

(...) não tinham diferença nenhuma, era, sabe, a mesma rotina, o mesmo aprendizado, a mesma carga horária, então, não vejo diferença nenhuma(...)

G2

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar os programas de Residência Médica no estado de Roraima possibilitou ampla reflexão sobre os desafios de sua implantação e sobre a problemática que envolve o seu desenvolvimento.

Esta pesquisa mostrou a relevância dos programas de Residência Médica em hospital assistencial, trazendo melhoria na assistência através da promoção de atendimento diferenciado, maior satisfação da população atendida e possibilidade de retaguarda no atendimento. Os PRMs trouxeram aumento da capacidade de atendimento à demanda (mais especializada), a possibilidade de crescimento institucional com um diferencial na qualidade, além de estímulo à educação permanente e à pesquisa no hospital. Observamos ainda sua contribuição para a formação e fixação de profissionais em área longínqua como é o estado de Roraima, fortalecendo a prática médica especializada nesta localidade.

Em sua organização e funcionamento, os PRMs implantados por solicitação das instituições assistenciais enfrentam uma estrutura hospitalar não concebida para o ensino, havendo falta de infra-estrutura, ausência de protocolos nos PRMs, resistência inicial do corpo clínico à implantação dos programas e falta de autonomia da gestão local. Também enfrentam dificuldade na organização, na articulação com as instâncias gestoras, no planejamento heterogêneo e na integração com a equipe de saúde do hospital.

São geradas demandas à gestão, porém é necessário adequação do fluxo de encaminhamento das demandas, muitas vezes equivocado. Nota-se ainda necessidade de convencimento da gestão para o atendimento das solicitações, embora haja interesse da COREME e da direção local para a solução da infraestrutura.

A presença do ensino em cenário prioritariamente assistencial mostra boa interação ensino-assistência, com a potencialização da assistência pelo ensino e otimização do aprendizado pela assistência. Existe uma adequação da rotina assistencial para o ensino e a possibilidade de desenvolvimento de pesquisa aplicada no cotidiano da assistência.

No entanto, essa interação apresenta dificuldades, como má diferenciação ensino-assistência pelas direções e pelos residentes, número reduzido de preceptores, sobrecarga de trabalho, hospital mais voltado ao atendimento da demanda, dificuldade de pactuação com a preceptoria, despreparo do preceptor e responsabilidade isolada do residente pela assistência.

Ao analisar a preceptoria em hospital assistencial observamos suas potencialidades: crescimento pessoal, orientação ética aos residentes, desenvolvimento do papel de educador e aprimoramento da postura. A preceptoria concede apoio operacional à assistência, uma vez que otimiza e acompanha o trabalho assistencial, oferecendo segurança através do apoio técnico aos residentes. As dificuldades operacionais na preceptoria são a necessidade de preceptores qualificados, a escassez de profissionais para a demanda assistencial, a falta de compromisso com a função e a falta de rotina acadêmica dentro do serviço. É feita requisição de contrapartida da gestão, como definição de carga horária para a preceptoria, remuneração da função de preceptor, planejamento conjunto e reconhecimento do papel do preceptor.

Observamos que as particularidades de um programa de Residência Médica em hospital assistencial são diversas, incluindo a problemática institucional e suas dificuldades gerenciais. O aprofundamento na literatura mostrou que são recentes os trabalhos abordando esta temática, consistindo em grande parte de relatos apresentados em congressos.

Entendemos que a Residência Médica em hospital assistencial necessita de mais estudos e esperamos estar contribuindo para a melhor compreensão e desenvolvimento da pós graduação *lato sensu* na Região Norte do Brasil.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, D. H; SILVEIRA, L. M. C; ARAÚJO, M. F. M; MARTINS, M. S; PIMENTA, D. Fórum Permanente de Residência: Promovendo o Encontro de Preceptores para Qualificar a Preceptorial. Rev Bras Educ Med 2009; v. 33, n. 4 Suplemento 4, Curitiba. Disponível em: < http://www.abemeducmed.org.br/pdf/resumo_cobem09.pdf>. Acesso em: dez. 2013.

ANDRÉ, M. Pesquisa em Educação: Buscando Rigor e Qualidade. **Cadernos de Pesquisa**, n.113, p. 51-64, jul. 2001.

BARBOSA NETO, F.. Diretrizes Curriculares, Certificação e Contratualização de Hospitais de Ensino: O Caminho se Faz ao Andar?. Associação Brasileira de Educação Médica. **Cadernos ABEM online**. 2008. Disponível em: <http://www.abemeducmed.org.br/pdf_caderno4/artigo_francisco_barbosa.pdf> . Acesso em: jan. 2012.

BATISTA, N. A; SILVA, S. H. S. O professor de Medicina. **Edições Loyola**, São Paulo, 2001.

BATISTA, N. A; SILVA, S. H. S. Docência em Saúde: Temas e Experiências (orgs). Editora Senac, São Paulo, 2004.

BORGES, M. M; BALDAÇARA, L; SANTOS, D. F; GURGEL, C. A. P; SOTERO, S. M. P; SARDINHA, I. A.G. A Implantação da Residência Médica no Tocantins: Uma Proposta de Reformulação na Educação. Rev Bras Educ Med 2011; v. 35, n. 4 Suplemento 1, Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2011/v.35,n4%20supl.1/Anais%20correto.pdf>>. Acesso em: ago. 2013.

BOTTI, S.H.O; REGO, S.T.A. Docente Clínico: o Complexo Papel do Preceptor na Residência Médica. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [1]: 65-85, 2011.

BRASIL. Decreto Presidencial nº. 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, de 6 set. 1977, p. 11787, seção 1.

BRASIL. Lei nº. 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 9 jul. 1981.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNRM nº. 2, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 19 maio de 2006, nº 95, seção 1, p. 23 – 36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9 Brasília, DF, 2009.

CARDOSO, M. M; LOULA, I. G; SILVA JUNIOR, L. F. R. F; WUILLAUME, S. M; POMBO. Reconhecimento do Preceptor, Visibilidade e Apoio para o Exercício desta Função. Rev Bras Educ Med 2009; v. 33, n. 4 Suplemento 4, Curitiba. Disponível em: < http://www.abemeducmed.org.br/pdf/resumo_cobem09.pdf>. Acesso em: ago. 2013

COLARES, M. F. A.; SEGALLA, J. P.; TRONCON, L.E.A.; MAFFEI. Opiniões dos Estudantes de Medicina Sobre o Papel de Diferentes Categorias de Supervisores do Internato. Rev Bras Educ Med

2009; v. 33, n. 4 Suplemento 4, Curitiba. Disponível em: < http://www.abem-educmed.org.br/pdf/resumo_cobem09.pdf>. Acesso em: ago. 2013.

CORREA, M.E.S.H.; SERVA, M.M; CARACIO, F.C.C; GAROZI, D.E; SILVA, A.P.P; SALVI, P.M.S. Investindo na parceria ensino-serviço. Rev Bras Educ Med 2010; v. 34, n. 3 Suplemento 1, Goiânia. Disponível em: <http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2010/v.34,%20n.3%20supl.%201/RBEM_v.34n.3supl.1_anais%202010.pdf>. Acesso em: set. 2013

DUARTE, R. Pesquisa Qualitativa: Reflexões Sobre o Trabalho de Campo. **Cadernos de Pesquisa**, n.115, p 139-154, mar. 2002.

EDLER, F; FONSECA, M. R. F. A Medicina de Cabeceira. Associação Brasileira de Educação Médica. **Cadernos ABEM online**. 2006. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf_historia/medicina_cabeceira.pdf>. Acesso em: dez. 2011.

EDLER, F; FONSECA, M. R. F. O Surgimento da Medicina Experimental e Reforma Curricular. Associação Brasileira de Educação Médica. **Cadernos ABEM online**. 2006. Disponível em: <http://www.abemeducmed.org.br/pdf_historia/surgimento_medicina_experimental.pdf>. Acesso em; dez. 2011.

FAJARDO, A. P; ROCHA, C. M. F; PASINI, V. L. **Residências em Saúde: Fazeres e Saberes na Formação em Saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição S. A, 2010.

FERREIRA, J. R. A Formação do Médico Generalista. Associação Brasileira de Educação Médica. **Cadernos ABEM online**. 2006. Disponível em: < http://www.abem-educmed.org.br/pdf_historia/medico_generalista.pdf>. Acesso em: dez. 2011.

FEUERWERKER, LCM; RANGEL, M.L; VILASBÔAS, A.L.1996. In: Movimentos de Mudança na Formação em Saúde: da Medicina Comunitária às Diretrizes Curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

FEUERWERKER, L. C. M. Changes in medical education and medical residency in Brazil. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n.3, 1998.

FEUERWERKER, L. C. M; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, jul/ago. 2007.

FLEXNER, A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. In: O Relatório Flexner: Para o Bem e para o Mal. **Rev. Bras. Edu. Med.** v. 32, n. 4, p. 492 – 499, 2008.

GONZÁLEZ, A. D; ALMEIDA, M. J. Movimentos de Mudança na Formação em Saúde: da Medicina Comunitária às Diretrizes Curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

GRANGER, G. In: O Desafio do Conhecimento. Hucitec, São Paulo, 2010. Associação Brasileira de Educação Médica. Residência Médica no Brasil. **Cadernos ABEM online**, 2011. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf/caderno_abem7.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2012.

IRBY, D.M. In: Docente Clínico: o Complexo Papel do Preceptor na Residência Médica. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [1]: 65-85, 2011.

MARINS, J. J. N; REGO, S. **Educação Médica: Gestão, Cuidado, Avaliação.** Associação Brasileira de Educação Médica. SP-RJ: Hucitec, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento.** Hucitec, São Paulo, 2010.

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

O ENSINO e a Assistência: Valorização e Reconhecimento da Preceptorial na Residência Médica do Maranhão. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf/cadernos_vol_8.pdf>. Acesso em: dez. 2013.

OLIVEIRA, D.J.F; LEAO, M.S; CAVALCANTI F; ROCHA, P.C.X; PIRES, A.C; TEIXEIRA, G.H.M.C. A Preceptorial dos Profissionais de Serviço na Graduação Médica. Rev Bras Educ Med 2010; v. 34, n. 3 Suplemento 1, Goiânia. Disponível em: <http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2010/v.34,%20n.3%20supl.%201/RBEM_v.34n.3supl.1_anais%202010.pdf>. Acesso em: set. 2013

OLIVEIRA, V. J. C; SAMARY, E. G.B; ANTUNES, M. B. C; CABRAL, P.A. O Papel da Integração Ensino-Serviço na Formação Superior em Saúde. Rev Bras Educ Med 2009; v. 33, n. 4 Suplemento 4, Curitiba. Disponível em: <<http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2011/v.35,n4%20supl.1/Anais%20correto.pdf>>. Acesso em: ago. 2013.

PEREIRA, O. P.; ALMEIDA, T. M. C. A Formação Médica Segundo uma Pedagogia de Resistência. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 9, n. 16, p. 69-79, set.2004/fev.2005.

PEREIRA, S. M. P.; GOLDWASSER, R.; GOLDFABER, M.; ALMEIDA, J. R.; CARDOSO, M. M.; SILVA JUNIOR, L. F. R. F. A Construção do Conhecimento no Exercício da preceptorial, Desafios da Educação Permanente. Rev Bras Educ Med 2009; v. 33, n. 4 Suplemento 4, Curitiba.. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pdf/resumo_cobem09.pdf>. Acesso em: set. 2013

RIBEIRO, M. A. A. 2011. **Apontamentos sobre residência médica no Brasil.** Biblioteca digital da câmara dos deputados. Disponível em: <<http://bd.camara.gov.br>>. Acesso em: mar. 2012.

SANSEVERO, A. C; ASATO, M. A; MARTINS, S. M. S. A Residência Médica como Fator de Indução da Fixação de Profissionais em Regiões Remotas. Rev Bras Educ Med 2010; v. 34, n. 3 Suplemento 1, Goiânia. Disponível em: <http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2010/v.34,%20n.3%20supl.%201/RBEM_v.34n.3supl.1_anais%202010.pdf>. Acesso em: ago. 2013.

SANTOS, T. Do artesanato intelectual ao contexto virtual: ferramentas metodológicas para a pesquisa social. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 11, n. 21, p. 120-156 jan/jun. 2009.

SOUSA, E. G. Residência médica no Brasil. **Rev. Bras. Coloproct.**, v. 8, n. 4, p. 150-152, 1988.

STELLA, R.C.R .Movimentos de Mudança na Formação em Saúde: da Medicina Comunitária às Diretrizes Curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

ZÖLLNER, A. C.; SOUSA, E. G. Convênio entre hospitais assistenciais e Faculdades de Medicina para o oferecimento de Programas de Residência Médica. **Rev. Med. Res**, v. 13, n. 1, p.1-80, 2011.

ANEXO I

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

A pesquisa intitulada **RESIDÊNCIA MÉDICA EM HOSPITAL ASSISTENCIAL NO ESTADO DE RORAIMA – UMA ANÁLISE** está sendo desenvolvida no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) para obtenção do título de mestrado profissional da aluna Denise Moreth de Santana.

A pesquisa tem o objetivo de conhecer a organização e o funcionamento dos programas de residência médica do Estado de Roraima e será desenvolvida por meio da aplicação de questionários aos coordenadores, preceptores e alunos dos programas de residência médica. Posteriormente, será realizada entrevista com os gestores das unidades assistenciais nos níveis operacional e estratégico.

Ao final do estudo, será possível fazer uma análise da residência médica em hospital assistencial.

Eu, _____, diretor do Hospital Geral de Roraima, autorizo a realização da pesquisa.

_____, _____ de _____ de 2012.

Diretor do Hospital Geral de Roraima

ANEXO II

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

A pesquisa intitulada **RESIDÊNCIA MÉDICA EM HOSPITAL ASSISTENCIAL NO ESTADO DE RORAIMA – UMA ANÁLISE** está sendo desenvolvida no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) para obtenção do título de mestrado da aluna Denise Moreth de Santana.

A pesquisa tem o objetivo de conhecer a organização e o funcionamento dos programas de residência médica do Estado de Roraima e será desenvolvida por meio da aplicação de questionários aos coordenadores, preceptores e alunos dos programas de residência médica. Posteriormente, será realizada entrevista com os gestores das unidades assistenciais nos níveis operacional e estratégico.

Ao final do estudo, será possível fazer uma análise da residência médica em hospital assistencial.

Eu, _____, diretora do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, autorizo a realização da pesquisa.

_____, _____ de _____ de 2012.

Diretora do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth

ANEXO III

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

A pesquisa intitulada **RESIDÊNCIA MÉDICA EM HOSPITAL ASSISTENCIAL NO ESTADO DE RORAIMA – UMA ANÁLISE** está sendo desenvolvida no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) para obtenção do título de mestrado da aluna Denise Moreth de Santana.

A pesquisa tem o objetivo de conhecer a organização e o funcionamento dos programas de residência médica do Estado de Roraima e será desenvolvida por meio da aplicação de questionários aos coordenadores, preceptores e alunos dos programas de residência médica. Posteriormente, será realizada entrevista com os gestores das unidades assistenciais nos níveis operacional e estratégico.

Ao final do estudo, será possível fazer uma análise da residência médica em hospital assistencial.

Eu, _____, diretor do Hospital da Criança Santo Antônio, autorizo a realização da pesquisa.

_____, _____ de _____ de 2012.

Diretor do Hospital da Criança Santo Antônio

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido você a participar da pesquisa intitulada **RESIDÊNCIA MÉDICA EM HOSPITAL ASSISTENCIAL NO ESTADO DE RORAIMA – UMA ANÁLISE** que está sendo desenvolvida no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

A pesquisa será desenvolvida por meio da aplicação de questionários aos coordenadores, preceptores e alunos dos programas de residência médica e entrevistas aos gestores das unidades, nos níveis operacional e estratégico. As informações obtidas pela sua participação voluntária neste estudo têm o objetivo de investigar a organização e o funcionamento dos programas de residência médica do Estado de Roraima. Neste sentido, não há riscos nem desconfortos previstos para os participantes.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a médica Denise Moreth de Santana que poderá ser contactada pelos telefones (95) 32244882 e (95) 91619449.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj. 14, 5571-1062, FAX: 5539.7162 – e-mail: cepunifesp@epm.br

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer tipo de prejuízo.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Fica assegurado também, o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há remuneração financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me, como pesquisador principal, a utilizar os dados e o material coletados somente para esta pesquisa.

CONSENTIMENTO

Acredito ter compreendido as informações que li, descrevendo o estudo **RESIDÊNCIA MÉDICA EM HOSPITAL ASSISTENCIAL NO ESTADO DE RORAIMA – UMA ANÁLISE**.

Eu concordo em participar desta pesquisa. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer

momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

_____ Data: ___/___/___
Assinatura do participante

_____ Data: ___/___/___
Assinatura da testemunha

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para o estudo.

_____ Data: ___/___/___
Denise Moreth de Santana

ANEXO V

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS MÉDICO RESIDENTE

IDADE: _____

GÊNERO: Masculino Feminino

A partir de agora, você encontrará afirmações sobre o programa de residência médica em hospital assistencial.

Note que não existe resposta certa e errada. O importante é conhecer sua percepção relativa a cada assertiva apresentada (positiva ou negativa). Para que este instrumento seja utilizado de forma correta é absolutamente necessário que você responda a **todas** as afirmações.

Legenda

CT = concordo totalmente

C= concordo

D= discordo

DT = discordo totalmente

1. A RM num hospital assistencial tem sido imprescindível para o atendimento à demanda assistencial crescente da população.	CT	C	D	DT
2. A residência médica contribui para uma maior arrecadação dos serviços prestados no hospital.	CT	C	D	DT
3. A residência médica impulsiona o aprimoramento/atualização dos funcionários do hospital.	CT	C	D	DT
4. A residência médica onera de maneira significativa o orçamento do hospital.	CT	C	D	DT
5. Existe uma proposta orçamentária para o financiamento dos programas de residência médica.	CT	C	D	DT
6. Por sermos um hospital assistencial, a organização da RM tem sido muito desafiadora.	CT	C	D	DT
7. Por sermos um hospital assistencial, a estrutura física não abriga adequadamente o programa de residência médica.	CT	C	D	DT

8. O hospital dispõe de instalações físicas adequadas para o ensino e a aprendizagem na RM.	CT	C	D	DT
9. Todos os médicos do hospital desempenham papel na formação dos médicos residentes.	CT	C	D	DT
10. O trabalho docente dos médicos do hospital tem merecido uma valorização profissional e salarial por parte da gestão.	CT	C	D	DT
11. Os tutores/preceptores são reconhecidos institucionalmente no organograma do hospital.	CT	C	D	DT
12. Existe resistência dos médicos servidores do hospital em assumir o seu papel formativo.	CT	C	D	DT
13. A RM otimiza o desempenho do trabalho assistencial na unidade.	CT	C	D	DT
14. Deve haver espaço definido na carga horária dos preceptores para o ensino na RM.	CT	C	D	DT
15. O volume de pacientes assistidos dificulta o estudo das situações clínicas na RM pela falta de tempo.	CT	C	D	DT
16. O volume de pacientes assistidos na RM facilita o estudo das situações clínicas pela grande diversidade de problemas a resolver.	CT	C	D	DT

ANEXO VI

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS MÉDICO PRECEPTOR

DADOS GERAIS
IDADE:
GÊNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Carga horária no hospital <input type="checkbox"/> 20 horas semanais <input type="checkbox"/> 40 horas semanais
Carga horária destinada à Residência Médica <input type="checkbox"/> menos de 10 horas semanais <input type="checkbox"/> 10 horas semanais <input type="checkbox"/> 20 horas semanais <input type="checkbox"/> 30 horas semanais <input type="checkbox"/> 40 horas semanais

A partir de agora, você encontrará afirmações sobre o programa de residência médica em hospital assistencial.

Note que não existe resposta certa e errada. O importante é conhecer sua percepção relativa a cada assertiva apresentada (positiva ou negativa). Para que este instrumento seja utilizado de forma correta é absolutamente necessário que você responda a **todas** as afirmações.

Legenda

- CT = concordo totalmente
- C = concordo
- D = discordo
- DT = discordo totalmente

1. A RM num hospital assistencial tem sido imprescindível para o atendimento à demanda assistencial crescente da população.	CT	C	D	DT
2. A residência médica contribui para uma maior arrecadação dos serviços prestados no hospital.	CT	C	D	DT
3. A residência médica impulsiona o aprimoramento/atualização dos funcionários do hospital.	CT	C	D	DT
4. A residência médica onera de maneira significativa o orçamento do hospital.	CT	C	D	DT
5. Existe uma proposta orçamentária para o financiamento dos programas de residência médica.	CT	C	D	DT

6. Por sermos um hospital assistencial, a organização da RM tem sido muito desafiadora.	CT	C	D	DT
7. Por sermos um hospital assistencial, a estrutura física não abriga adequadamente o programa de residência médica.	CT	C	D	DT
8. O hospital dispõe de instalações físicas adequadas para o ensino e a aprendizagem na RM.	CT	C	D	DT
9. Todos os médicos do hospital desempenham papel na formação dos médicos residentes.	CT	C	D	DT
10. O trabalho docente dos médicos do hospital tem merecido uma valorização profissional e salarial por parte da gestão.	CT	C	D	DT
11. Os tutores/preceptores são reconhecidos institucionalmente no organograma do hospital.	CT	C	D	DT
12. Existe resistência dos médicos servidores do hospital em assumir o seu papel formativo.	CT	C	D	DT
13. A RM otimiza o desempenho do trabalho assistencial na unidade.	CT	C	D	DT
14. Deve haver espaço definido na carga horária dos preceptores para o ensino na RM.	CT	C	D	DT
15. O volume de pacientes assistidos dificulta o estudo das situações clínicas na RM pela falta de tempo.	CT	C	D	DT
16. O volume de pacientes assistidos na RM facilita o estudo das situações clínicas pela grande diversidade de problemas a resolver.	CT	C	D	DT

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido você a participar da pesquisa intitulada **RESIDÊNCIA MÉDICA EM HOSPITAL ASSISTENCIAL NO ESTADO DE RORAIMA – UMA ANÁLISE** que está

sendo desenvolvida no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

A pesquisa será desenvolvida em dois momentos: 1. questionário aplicado aos médicos residentes e preceptores dos programas de residência médica; 2. entrevistas aos coordenadores e preceptores dos programas de residência médica e aos gestores das unidades, nos níveis operacional e estratégico. As informações obtidas pela sua participação voluntária neste estudo têm o objetivo de investigar a organização e o funcionamento dos programas de residência médica do Estado de Roraima. Neste sentido, não há riscos nem desconfortos previstos para os participantes.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a médica Denise Moreth de Santana que poderá ser contactada pelos telefones (95) 32244882 e (95) 91619449.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj. 14, 5571-1062, FAX: 5539.7162 – e-mail: cepunifesp@epm.br

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer tipo de prejuízo.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Fica assegurado também, o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há remuneração financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me, como pesquisador principal, a utilizar os dados e o material coletados somente para esta pesquisa.

CONSENTIMENTO

Acredito ter compreendido as informações que li, descrevendo o estudo **RESIDÊNCIA MÉDICA EM HOSPITAL ASSISTENCIAL NO ESTADO DE RORAIMA – UMA ANÁLISE**.

Eu concordo em participar desta pesquisa. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

_____ Data: ___/___/___

Assinatura do participante

_____ Data: ___/___/___

Assinatura da testemunha

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para o estudo.

_____ Data: ___/___/___

Denise Moreth de Santana

ANEXO VII

ROTEIRO ENTREVISTA COORDENADORES/PRECEPTORES

A - Caracterização dos preceptores	
Tempo de formado	
Tempo de preceptoria	
Titulação acadêmica	(<input type="checkbox"/>) Especialista (<input type="checkbox"/>) Subespecialista (<input type="checkbox"/>) Mestre (<input type="checkbox"/>) Doutor

B - Roteiro da entrevista

1. Qual foi a sua trajetória para se tornar preceptor nesse programa de residência? Fale um pouco sobre isso.
2. Como você vê este papel de preceptor? O que significa para você, ajudar a formar um residente?
3. Você sente necessidade de melhor qualificação para esse papel? Que sugestões você tem para isso?
4. Você participa das reuniões de planejamento do seu PRM?
5. Por fim, gostaria que você falasse um pouco sobre a relação preceptor/residente. O que caracteriza essa relação? Quais as dificuldades mais comumente enfrentadas no dia a dia em relação a essa interação?

ANEXO VIII

ROTEIRO ENTREVISTA GESTORES

A - Caracterização dos gestores	
Idade	Gênero(<input type="checkbox"/>) Masc (<input type="checkbox"/>) Fem
Área de formação	
Tempo de formado	
Tempo na gestão	
Titulação acadêmica	(<input type="checkbox"/>) Especialista (<input type="checkbox"/>) Subespecialista (<input type="checkbox"/>) Mestre (<input type="checkbox"/>) Doutor
Nível de gestão	(<input type="checkbox"/>) Operacional (<input type="checkbox"/>) Estratégico

B – Roteiro da entrevista

- Qual a importância de um PRM num hospital assistencial? O que leva um hospital assistencial a implantar um PRM?
 - O questionário aplicado aos coordenadores, preceptores e residentes desse hospital mostra que o trabalho do residente é imprescindível ao atendimento assistencial da instituição, ou seja, o serviço não funciona normalmente sem o residente. O que você acha disso?
 - Também mostra que o PRM impulsiona a atualização dos funcionários e aumenta a arrecadação dos serviços. O que você acha disso?
- O que diferencia um PRM de um hospital assistencial de um PRM num hospital universitário?
 - Os participantes afirmam que deve haver espaço definido na carga horária dos preceptores para o ensino. Os preceptores afirmam que não são reconhecidos institucionalmente no organograma do hospital e que não têm valorização profissional ou salarial. Como têm sido definidas as atividades da preceptoría pela instituição? Qual a contrapartida da gestão?
 - A pesquisa mostrou também que nem todos os médicos do hospital desempenham papel na formação do médico residente e que existe resistência dos médicos servidores para assumirem seu papel formativo. Como tem sido a definição desses papéis?
 - Os dados mostram ainda que a organização do PRM tem sido desafiadora, além da inadequação da estrutura física para as atividades pedagógicas na residência. Estes problemas são trazidos à gestão? Se afirmativo, que medidas têm sido tomadas?
- Como se dão as interações preceptor/residente e ensino/assistência nesse hospital? Quais são os nós críticos neste processo?

- Ao opinarem sobre a assertiva “O volume de pacientes assistidos dificulta o estudo das situações clínicas na RM pela falta de tempo” os residentes e preceptores se dividem entre concordantes e discordantes de maneira quase equitativa. Entretanto, ambos concordam que “O volume de pacientes assistidos na RM facilita o estudo das situações clínicas pela grande diversidade de problemas a resolver”. O que você pensa sobre isto?

ANEXO IX

PLANILHAS DOS NÚCLEOS DIRECIONADORES DA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

NÚCLEO: RELEVÂNCIA DA RM EM HOSPITAL ASSISTENCIAL		
UNIDADE DE CONTEXTO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIA
<p>UC. 1 Olha eu acho que, assim, é.. eu acho que melhora a qualidade de assistência ao paciente mesmo, o nível de discussão entre os médicos preceptores eu acho que ganha, ganha o paciente, que melhora a qualidade da assistência e ganha o corpo clínico também porque você desenvolve é.....como é que eu vou colocar, você estimula a pesquisa, né, o aprender, o buscar mais conhecimento prá aplicar justamente no seu dia-a-dia, né, no caso visando melhorar esse atendimento que é prestado aos pacientes.</p>	<p>UR. 1 (...) Olha eu acho que, assim, é..eu acho que melhora a qualidade de assistência ao paciente mesmo, (...)</p> <p>UR. 2 (...) o nível de discussão entre os médicos preceptores eu acho que ganha o corpo clínico, (...)</p> <p>UR. 3 (...) porque você desenvolve é.....como é que eu vou colocar, você estimula a pesquisa, né, o aprender, o buscar mais conhecimento prá aplicar justamente no seu dia-a-dia, né, no caso visando melhorar esse atendimento que é prestado aos pacientes.</p>	<p>Melhoria na assistência</p> <p>Estímulo à educação permanente da equipe de saúde (corpo clínico)</p> <p>Estímulo à pesquisa</p> <p>Melhoria na assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> Promoção de atendimento diferenciado
<p>UC. 2 Eu creio que... assim, no meu entender,eu acho que seria o fato de você já ter uma universidade no local então você gera uma demanda, né, que é a necessidade de pessoas que não têm como até sair p fazer uma residência fora, isso já gera uma demanda prá que o próprio estado.. né, se mobilize também prá que tenha e até o próprio hospital porque é uma forma de você garantir que você vai ter mais médicos presentes, de você chamar mais profissionais para aquela região, né, e prá sua instituição e de uma forma geral melhorar mesmo a qualidade do serviço que você presta.</p>	<p>UR. 4 (...) eu acho que seria o fato de você já ter uma universidade no local então você gera uma demanda, né, que é a necessidade de pessoas que não têm como até sair p fazer uma residência fora,</p> <p>UR. 5 (...)é uma forma de você garantir que você vai ter mais médicos presentes, de você chamar mais profissionais para aquela região, né, e prá sua instituição</p> <p>UR. 6 (...)melhorar mesmo a qualidade do serviço que você presta.</p>	<p>Contribuição para a formação de recursos humanos locais</p> <p>Contribuição para a fixação de profissionais na região</p> <p>Melhoria na assistência</p>
<p>UC. 3 Eu acho que... você está num estado assim...numa região...acho que em termos assim.. de... de estrutura prá você buscar, prá você estudar</p>	<p>UR. 7 (...)a gente tem uma população crescente, né, então você tem aquela necessidade de profissionais cada vez mais atualizados, porque a população cresce, (...)você tem a demanda de</p>	<p>Ampliação da capacidade de atendimento a demanda mais especializada</p> <p>Estímulo à educação permanente</p>

<p>muito mais difícil, então de certa forma uma região que fica distante, até prá sair da região é um pouco mais complicado. Porque a gente tem uma população crescente, né, então você tem aquela necessidade de profissionais cada vez mais atualizados, porque a população cresce, você tem a demanda de outras patologias que anteriormente você teria que indicar um tto fora do domicílio você agora consegue realizar. De certa maneira você tem uma oferta maior de profissional e consegue de certa forma atender essa demanda crescente de pacientes, né?</p>	<p>outras patologias que anteriormente você teria que indicar um tto fora do domicílio você agora consegue realizar.</p>	<p>da equipe de saúde</p>
<p>UC. 4 Um outro ponto que é colocado aí é se ele aprimora a atualização dos funcionários do hospital, estimula sim. Porque o fato de você já ter o próprio profissional buscando mais conhecimento você tem aquela, você coloca aquele.... coloca assim aquele pensamento acadêmico mesmo. Então você estimula até as outras categorias a tentar acompanhar, assim prá que eu acompanhe aquele médico que está sempre atualizado e conseqüentemente eu enfermeiro, eu técnico de enfermagem, eu psicólogo, eu vou ter que também, estar me aperfeiçoando, me atualizando, até prá atender essa demanda que a própria residência médica já está criando em termos de conhecimento. Então determinadas patologias com novos procedimentos que podem ser inseridos justamente pelo fato de você estar na residência você chama mais profissionais, e você conseqüentemente você</p>	<p>UR. 8 (...) Um outro ponto que é colocado aí é se ele aprimora a atualização dos funcionários do hospital, estimula sim.</p> <p>UR. 9 (...) Porque o fato de você já ter o próprio profissional buscando mais conhecimento você tem aquela, você coloca aquele.... coloca assim aquele pensamento acadêmico mesmo.</p> <p>UR. 10 (...) Então você estimula até as outras categorias a tentar acompanhar, assim prá que eu acompanhe aquele médico que está sempre atualizado e conseqüentemente eu enfermeiro, eu técnico de enfermagem, eu psicólogo, eu vou ter que também, estar me aperfeiçoando, me atualizando, até prá atender essa demanda que a própria residência médica já está criando em termos de conhecimento.</p> <p>UR. 11 (...)Então determinadas patologias com novos procedimentos que podem ser inseridos justamente pelo fato de você estar na residência você chama mais profissionais,</p> <p>UR 12 você conseqüentemente você</p>	<p>Estímulo à educação permanente da equipe de saúde</p> <p>Estímulo à educação permanente da equipe de saúde</p> <p>Estímulo à educação permanente da equipe de saúde</p> <p>Aprimoramento profissional no serviço</p> <p>Ampliação da capacidade de atendimento a demanda mais especializada</p> <p>Ampliação da capacidade de atendimento a demanda mais especializada</p> <p>Estímulo à educação permanente</p>

<p>aumenta o número de procedimentos que anteriormente, já os que são feitos já são (inaudível) e novos procedimentos são inseridos, conseqüentemente você tem que ter um outro profissional da área também na equipe multidisciplinar, ele também tem que estar atualizado, p também atuar naquele tipo de procedimento em que está sendo inserido.</p>	<p>aumenta o número de procedimentos ..., conseqüentemente você tem que ter um outro profissional da área também na equipe multidisciplinar, ele também tem que estar atualizado, também atuar naquele tipo de procedimento em que está sendo inserido</p>	
<p>UC. 5 É o que eu te falo, se você, você tem um médico prá você atender, vamos dar um exemplo, 20 pacientes, uma demanda de 20 pacientes prá 1 profissional. Com a residência médica você vai ter aí 1 médico preceptor, com mais 4 residentes, ou seja, você diminui o número de pacientes por profissional e conseqüentemente você melhora a qualidade da assistência. O risco de você ter uma complicação com um paciente desse é menor do q... porque ele é melhor avaliado. Você vai ter o preceptor coordenando esses residentes.</p>	<p>UR. 13 (...) e conseqüentemente você melhora a qualidade da assistência.</p> <p>UR. 14. (...)O risco de você ter uma complicação com um paciente desse é menor do q... porque ele é melhor avaliado. Você vai ter o preceptor coordenando esses residentes.</p>	<p>Melhoria na assistência</p> <p>Melhoria na assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção de atendimento diferenciado
<p>UC. 6 Alguns acham que a residência ela vem para atrapalhar, mas não, eu acho que a residência ela só veio para fazer o hospital crescer, porque se a gente olhar esse hospital há 10 anos atrás a imagem q você tinha até pela própria população era uma né, você tinha muitos problemas, hj você tem problemas gerenciais, de logística, mas na questão do atendimento a gente observa que até a própria população é muito grande porque você vê uma aceitação maior da população porque você tem médicos hj muito</p>	<p>UR. 15 (...)Alguns acham que a residência ela vem para atrapalhar, mas não, eu acho que a residência ela só veio para fazer o hospital crescer,</p> <p>UR. 16 (...)se a gente olhar esse hospital há 10 anos atrás a imagem q você tinha até pela própria população era uma né, você tinha muitos problemas, hj você tem problemas gerenciais, de logística, mas na questão do atendimento a gente observa que até a própria população é muito grande</p> <p>UR. 17 (...)porque você vê uma aceitação maior da população porque você tem médicos hj muito mais bem</p>	<p>Possibilidade de crescimento institucional</p> <p>Melhoria na assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maior satisfação da população <p>Melhoria na assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maior satisfação da população <p>Estímulo à educação permanente (corpo clínico)</p>

mais bem preparados.	preparados.	
<p>UC. 7 Aqui no estado nós vivemos uma situação completamente diferente do resto do Brasil. Nós temos uma unidade de referência específica para cada faixa etária que atende a toda a população do estado, referencia os 15 municípios, e mais as regiões de fronteira. É muito complexo a gente manter fixação de profissionais principalmente de especialidades bem definidas no Estado que possam atender a toda essa demanda. Eu penso que a formação através da RM de novos profissionais vem principalmente atender essa grande necessidade da nossa demanda que cresce a cada dia, com profissionais que estão principalmente sendo capacitados com a realidade na qual eles vão trabalhar, para q eles se fixem no local onde foram treinados e atendam aquela demanda daquela população.</p>	<p>UR. 18 (...) Eu penso que a formação através da residência médica de novos profissionais vem principalmente atender essa grande necessidade da nossa demanda q cresce a cada dia,</p> <p>UR. 19 (...) para q eles se fixem no local onde foram treinados e atendam aquela demanda daquela população.</p>	<p>Ampliação da capacidade de atendimento à demanda</p> <p>Contribuição para a fixação de profissionais na região</p>
<p>UC. 8 Eu penso que todo hospital assistencial deveria ser universitário também! A gente teve que fazer a junção das duas coisas. Preparar um profissional que está apto para atender a necessidade da região, mas que também se preocupe, em se aprimorar do ponto de vista acadêmico, e tenha acesso a novas tecnologias, e também esteja sempre se reciclando, porque o conhecimento é contínuo, não fica estagnado.</p>	<p>UR. 20 (...) Eu penso que todo hospital assistencial deveria ser universitário também! A gente teve que fazer a junção das duas coisas.</p> <p>UR. 21 (...) Preparar um profissional que está apto para atender a necessidade da região, mas q também se preocupe, em se aprimorar do ponto de vista acadêmico, e tenha acesso a novas tecnologias, e também esteja sempre se reciclando, porque o conhecimento é contínuo, não fica estagnado,</p>	<p>Possibilidade de associação de ensino e assistência</p> <p>Contribuição para a formação de recursos humanos locais</p>
<p>UC. 9 Eu penso que o serviço funciona melhor com os residentes. O residente tem erroneamente sido visto por alguns preceptores e pelo</p>	<p>UR. 22 (...)Eu penso que o serviço funciona melhor com os residentes.</p> <p>UR. 23 (...)O residente tem erroneamente sido visto por alguns</p>	<p>Melhoria na assistência</p> <p>Ampliação da capacidade de atendimento a demanda mais especializada</p>

<p>restante da equipe multiprofissional como um apoio de escala. E é isso que a gente tem que diariamente estar esclarecendo: o residente não é apoio de escala, o residente precisa sim ter acesso a mão de obra, acesso ao paciente, tem que ter experiência de atendimento até mesmo prá identificar os pontos onde ele deve se aprimorar, perder o medo de resolver as situações. Mas hj nós lidamos realmente com uma demanda crescente, com um número cada vez mais limitado de profissionais especialistas, onde a gente sente falta no momento de uma licença, de férias, muitos profissionais eles não se fixam no estado, então assim, eu acho que a gente tem q pensar um pouco a respeito disso. Eles são imprescindíveis? Eles não são imprescindíveis, mas eles colaboram muitíssimo. É.. a qualidade do atendimento prestado com a presença do residente ela é infinitamente superior à de um staff sozinho.</p>	<p>preceptores e pelo restante da equipe multiprofissional como um apoio de escala.</p> <p>UR. 24 (...) Mas hj nós lidamos realmente com uma demanda crescente, com um número cada vez mais limitado de profissionais especialistas, onde a gente sente falta no momento de uma licença, de férias, muitos profissionais eles não se fixam no estado, então assim, eu acho que a gente tem q pensar um pouco a respeito disso.</p> <p>UR. 25 (...)Eles não são imprescindíveis, mas eles colaboram muitíssimo.</p> <p>UR. 26 (...)E.. a qualidade do atendimento prestado com a presença do residente ela é infinitamente superior à de um staff sozinho.</p>	<p>Ampliação da capacidade de atendimento a demanda mais especializada</p> <p>Ampliação da capacidade de atendimento a demanda mais especializada</p> <p>Melhoria na assistência</p>
<p>UC. 10 É... a gente sabe que toda a questão de faturamento hospitalar ela passa pelo preenchimento adequado dos prontuários, dos formulários, enfim da burocracia que existe. Existe uma grande resistência por parte dos profissionais, principalmente dos que estão no serviço há mais tempo para o preenchimento adequado de toda essa questão burocrática e muitas vezes o hospital perde oportunidades de faturar pela falta das informações que estão oficializadas nos documentos. Os residentes eles têm mais cuidado, eles são orientados a</p>	<p>UR. 27 (...) a gente sabe que toda a questão de faturamento hospitalar ela passa pelo preenchimento adequado dos prontuários, dos formulários, enfim da burocracia que existe. (...)Os residentes eles têm mais cuidado, eles são orientados a isso e são cobrados também. Então realmente eles contribuem prá isso.</p>	<p>Ampliação da capacidade de atendimento a demanda mais especializada</p>

<p>isso e são cobrados também. Então realmente eles contribuem prá isso.</p>		
<p>UC. 11 Infelizmente alguns colegas, principalmente colegas mais antigos se recusam terminantemente à presença dos residentes, embora a maioria dos colegas entenda, eu acho que a maioria dos que passaram por formação acadêmica e que trabalharam em serviços de residência médica entendem, que todos nós concordamos que a presença do residente aqui faz muita diferença, na qualidade do atendimento, na quantidade do atendimento prestado, mas ainda sim, algumas “criaturinhas”, é, se colocam formalmente contra a presença do residente.</p>	<p>UR. 28 (...) Infelizmente alguns colegas, principalmente colegas mais antigos se recusam terminantemente à presença dos residentes,</p> <p>UR. 29 (...) eu acho que a maioria dos que passaram por formação acadêmica e que trabalharam em serviços de residência médica entendem, que todos nós concordamos que a presença do residente aqui faz muita diferença, na qualidade do atendimento, na quantidade do atendimento prestado,</p>	<p>Resistência do corpo clínico local</p> <p>Melhoria na assistência</p> <p>Ampliação da capacidade de atendimento à demanda mais especializada</p>
<p>UC. 12 É, eu vejo o programa de residência como um diferencial pra uma Unidade de Saúde, é, primeiro melhora a qualidade do atendimento, porque você passa a ter estudante, mesmo formado, sabendo que é médico formado, mas ele é estudante, aprendiz e todo lugar onde tem aprendiz você procura sempre a excelência, justamente pra mostrar pra o aprendiz como é que funciona, então isso traz qualidade pro atendimento, pro paciente, pra ponta, tudo, pra quem ta precisando. Segundo, a vontade do profissional em aprender, ele então quer fazer o melhor, ele quer aprender, ele quer fazer o melhor, pesquisar, então você tem uma melhor qualidade no atendimento, não é um atendimento público exclusivo por atender, é, além do atender, ele ainda tem um ensinamento, então, isso tende</p>	<p>UR. 30 (...)É, eu vejo o programa de residência como um diferencial pra uma Unidade de Saúde,</p> <p>UR. 31 (...)é, primeiro melhora a qualidade do atendimento, porque você passa a ter estudante, mesmo formado, sabendo que é médico formado, mas ele é estudante, aprendiz e todo lugar onde tem aprendiz você procura sempre a excelência, justamente pra mostrar pra o aprendiz como é que funciona,</p> <p>UR. 32 (...)a vontade do profissional em aprender, ele então quer fazer o melhor, ele quer aprender, ele quer fazer o melhor, pesquisar</p> <p>UR. 33 (...) então você tem uma melhor qualidade no atendimento, não é um atendimento público exclusivo por atender, é, além do atender, ele</p>	<p>Melhoria na assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção de atendimento diferenciado <p>Melhoria na assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção de atendimento diferenciado <p>Melhoria na assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção de atendimento diferenciado <p>Ampliação da capacidade de atendimento à demanda mais especializada</p> <p>Melhoria na assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maior confiabilidade no atendimento

<p>a melhorar e a qualificar mais o atendimento, né, e pro profissional que é o preceptor, ele trabalha mais tranqüilo, porque ele sabe que ele tem na retaguarda uma turma que tá ajudando.</p>	<p>ainda tem um ensinamento, então, isso tende a melhorar e a qualificar mais o atendimento</p> <p>UR. 34 (...)e pro profissional que é o preceptor, ele trabalha mais tranqüilo, porque ele sabe que ele tem na retaguarda uma turma que tá ajudando.</p>	
<p>UC. 13 (...) o quê que acontece, ele traz toda a equipe pra dentro de um processo de qualidade, um processo de interesse, um processo, é, o paciente não tá ali meramente pra ser cuidado, né, você num hospital comum, hospital que não tem residência médica, o paciente entra, é tratado e vai embora, né, é, a lei natural. Num hospital onde você tem a residência médica, além dele fazer exatamente isso, que é o, a essência, ele ainda passa pelo aprendizado, o, tanto o paciente, quanto o residente e o preceptor querendo ou não o preceptor também ta aprendendo, ta aprendendo a lidar, ta aprendendo é, técnicas pra repassar, ta aprendendo novas terapêuticas, porque ele precisa disso pra repassar pro residente e o residente, por sua vez, traz toda a equipe, o conjunto de equipes, assistente social, técnico de enfermagem, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, ele traz todo mundo pra dentro do aprendizado, querendo ou não, você precisa ta envolvido nas novas técnicas, nas novas terapêuticas, nas novas diretrizes, né, então é exatamente isso aí.</p>	<p>UR. 35 (...)o quê que acontece, ele traz toda a equipe pra dentro de um processo de qualidade, um processo de interesse, um processo, é, o paciente não tá ali meramente pra ser cuidado, né, (...)Num hospital onde você tem a residência médica, (...)ele ainda passa pelo aprendizado,</p> <p>UR. 36 (...)tanto o paciente, quanto o residente e o preceptor querendo ou não o preceptor também ta aprendendo, ta aprendendo a lidar, ta aprendendo é, técnicas pra repassar, ta aprendendo novas terapêuticas, porque ele precisa disso pra repassar pro residente</p> <p>UR. 37 (...)o residente, por sua vez, traz toda a equipe, o conjunto de equipes, assistente social, técnico de enfermagem, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, ele traz todo mundo pra dentro do aprendizado, querendo ou não, você precisa ta envolvido nas novas técnicas, nas novas terapêuticas, nas novas diretrizes,</p>	<p>Estímulo à educação permanente da equipe de saúde</p> <p>Melhoria na assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção de atendimento diferenciado <p>Estímulo à educação permanente da equipe de saúde</p> <p>Estímulo à educação permanente da equipe de saúde</p>
<p>UC. 14 Olha, pra mim é muito importante, ter um sistema de residência médica e aqui temos o de Pediatria, que até poderia ser também ampliado pra</p>	<p>UR. 38 (...)é de prestação do serviço também, é, além de formar novos profissionais pra ajudar também a atender a demanda, nesse momento até</p>	<p>Ampliação da capacidade de atendimento à demanda mais especializada</p>

<p>outras, como a Cirurgia Pediátrica, entendeu, Ortopedia Pediátrica, que são importantes na Pediatria também e que também poderia ter essa residência, porém a Pediatria é muito importante, tanto pra apoiar o serviço como pra melhorar a qualidade, é de prestação do serviço também, é, além de formar novos profissionais pra ajudar também a atender a demanda, nesse momento até pra a gente é insuficiente, porque, ter assim, aqui na emergência, todos pediatras, não precisar de Clínico Geral, entendeu, ainda tem pouquíssimos, eu acho que tem que ter muito na emergência.</p>	<p>pra a gente é insuficiente,</p>	
<p>UC. 15 Bom, além de favorecer o aprendizado, tendo em vista que Roraima tem uma única faculdade de Medicina, é, além de favorecer o campo de aprendizado pra esses estudantes, o hospital ele ganha com isso também, porque de uma forma ou de outra, a gente sabe que a intenção da residência não é formar recursos humanos, recurso técnico, mas acaba somando, porque a gente conta com essa mão de obra deles. Eu acho que esse é o principal investimento, é essa interação, deles precisarem de um campo de estágio e nós em contrapartida precisaremos dessa força de trabalho indireta deles.</p>	<p>UR. 39 (...)o hospital ele ganha com isso também, porque de uma forma ou de outra, a gente sabe que a intenção da residência não é formar recursos humanos, recurso técnico, mas acaba somando, porque a gente conta com essa mão de obra deles.</p> <p>UR. 40 (...) Eu acho que esse é o principal investimento, é essa interação, deles precisarem de um campo de estágio e nós em contrapartida precisaremos dessa força de trabalho indireta deles.</p>	<p>Ampliação da capacidade de atendimento à demanda mais especializada</p> <p>Ampliação da capacidade de atendimento à demanda mais especializada</p>
<p>UC. 16 Bom, aqui, eu creio que aqui em Boa Vista, no nosso caso do Hospital Santo Antônio, ele, a gente não tinha nem opção, ele é o único Hospital Pediátrico do estado e, um hospital que ele tem uma</p>	<p>UR. 41 (...)É o fortalecimento do aprendizado, essa interação com o paciente, essa interação de grupo com os profissionais da área de saúde</p> <p>UR. 42 (...)e também a relevância de</p>	<p>Estímulo à educação permanente da equipe de saúde</p> <p>Possibilidade de associação ensino-assistência</p>

<p>estrutura boa, ele iniciou com um propósito muito bom, muito bem organizado, muito bem estruturado, hoje nós não estamos numa melhor saúde de equipamento, de material, médico hospitalar, de medicamento, mas é a realidade de todos os hospitais daqui deste estado, então eu acho assim, qual é a importância? É o fortalecimento do aprendizado, essa interação com o paciente, essa interação de grupo com os profissionais da área de saúde e também a relevância de que, Roraima não tinha outra opção, era a única opção e a gente tem que aceitar e os alunos da residência que são muito queridos pra nós, têm uma participação muito boa.</p>	<p>que, Roraima não tinha outra opção, era a única opção e a gente tem que aceitar e os alunos da residência que são muito queridos pra nós, têm uma participação muito boa.</p>	
<p>UC. 17 Eu concordo plenamente, é o que eu acabei de dizer, nós temos uma demanda, não temos muitos profissionais no mercado na nossa área, de Pediatria. Pra você ter uma idéia, nós, esse é um hospital que ele tem noventa leitos, é, oficiais, operacionais e oficiais nós temos cento e vinte e nove leitos, e nós temos apenas cinco médicos pediatras pra atender nesse hospital, então assim, o serviço de residência médica, a academia de residência aqui nesse hospital, a gente conta com essa mão de obra, não tem como, é imprescindível realmente por vários fatores, né, primeiro que nós não temos essa mão de obra formatada ainda, a maioria da nossa emergência é composta por profissionais genéricos, e eles ficam nessa retaguarda que nos dá mais</p>	<p>UR. 43 (...)nós temos uma demanda, não temos muitos profissionais no mercado na nossa área, de Pediatria.</p> <p>UR. 44 (...)o serviço de residência médica, a academia de residência aqui nesse hospital, a gente conta com essa mão de obra, não tem como, é imprescindível realmente por vários fatores, né, primeiro que nós não temos essa mão de obra formatada ainda, a maioria da nossa emergência é composta por profissionais genéricos,</p> <p>UR. 45 (...) e eles ficam nessa retaguarda que nos dá mais segurança pra gestão do hospital, pro paciente (...)</p>	<p>Ampliação da capacidade de atendimento à demanda mais especializada</p> <p>Ampliação da capacidade de atendimento à demanda mais especializada</p> <p>Melhoria na assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maior confiabilidade no atendimento

<p>segurança pra gestão do hospital, pro paciente e eu concordo plenamente com isso aqui.</p>		
<p>UC. 18 Silêncio) eu vejo que que o, o programa de residência médica no hospital ele é importante prá dois pontos: primeiro porque ele vai, ajudar a formar o profissional, esse é o primeiro contato, é a primeira inserção dele com o mercado de trabalho e prá instituição eu acho que é uma forma dessa assistência, prestada aos pacientes, de muito boa qualidade, uma vez que, é, assim, os profissionais pensam que, eles são preceptores, são pessoas bem especializadas, são pessoas graduadas, e aí, dessa forma só vão passar prá os seus alunos, pra os seus médicos residentes é...é... digamos assim a melhor forma mesmo de assistir esses pacientes. Isso eu penso também que esse paciente vai ficar menos tempo porque é.. ele vai ser bem conduzido, vai ser bem acompanhado, vai ter menos tempo de internação, vai ter um seguimento, de repente vai ter mais possibilidade de cura mesmo e também prá ele retornar também com menos frequência.</p>	<p>UR. 46 (...)prá instituição eu acho que é uma forma dessa assistência, prestada aos pacientes, de muito boa qualidade, uma vez que, é, assim, os profissionais pensam que, eles são preceptores, são pessoas bem especializadas, são pessoas graduadas, e aí, dessa forma só vão passar prá os seus alunos, pra os seus médicos residentes é...é... digamos assim a melhor forma mesmo de assistir esses pacientes.</p> <p>UR. 47 (...)eu penso também que esse paciente vai ficar menos tempo porque é.. ele vai ser bem conduzido, vai ser bem acompanhado, vai ter menos tempo de internação, vai ter um seguimento, de repente vai ter mais possibilidade de cura mesmo e também prá ele retornar também com menos frequência.</p>	<p>Melhoria na assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção de atendimento diferenciado <p>Melhoria na qualidade da assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção de atendimento diferenciado
<p>UC. 19 (Silêncio). Eu concordo com essa afirmação. Eu acho q o serviço ele funcionará muito melhor se a residência estiver inserida.</p>	<p>UR. 48 (...)Eu acho q o serviço ele funcionará muito melhor se a residência estiver inserida.</p>	<p>Melhoria na assistência</p>
<p>UC. 20 Eu acho q na verdade esse detalhe do aprimoramento e atualização eu não destaquei na minha fala mas eu acho que com certeza isso aqui é importante porque,</p>	<p>UR. 49 (...)a residência interage com outros profissionais e isso torna uma obrigação da pessoa ir procurar, ir se aprimorar até pra continuar inserido no contexto, prá realmente conseguir discutir alguma coisa com a residência</p>	<p>Estímulo à educação permanente da equipe de saúde</p>

<p>éeee, mesmo q a gente não tenha uma residência multidisciplinar a gente percebe q a residência interage com outros profissionais e isso torna uma obrigação da pessoa ir procurar, ir se aprimorar até pra continuar inserido no contexto, prá realmente conseguir discutir alguma coisa com a residência, ou com o colega né, pode ser, ou a pessoa integrante da equipe multidisciplinar, né, eu acho que isso daí é uma situação que a pessoa realmente tem que ir atrás, digamos que é meio que ele fica obrigado. Eu concordo também com esse ponto que também a residência ela otimiza mesmo o desempenho desse trabalho assistencial, é super importante.</p>	<p>ou com o colega</p> <p>UR. 50 (...)Eu concordo também com esse ponto que também a residência ela otimiza mesmo o desempenho desse trabalho assistencial, é super importante.</p>	<p>Ampliação da capacidade de atendimento a demanda mais especializada</p>
<p>UC. 21 Eu acho que essa assertiva, ela ainda é muito tímida, porque esse aprimoramento, ele não se difunde com os outros profissionais, ele fica naquele feedback entre preceptor e os demais profissionais médicos e residentes, então ele fica numa única categoria, então nós não temos ainda e esse é um objetivo nosso, a gente tem falado com a coordenação da residência médica, nós precisamos elaborar nossos protocolos clínicos, nós precisamos tá discutindo casos clínicos, porque a gente sabe que o tratamento, o sucesso do tratamento de um paciente, ele não restringe apenas à área médica e eu vejo que isso ainda não está pleno, né, esse feedback é só entre a categoria médica, os demais profissionais eu não vejo participar, não vejo reunião de</p>	<p>UR. 51 (...)esse aprimoramento, ele não se difunde com os outros profissionais, ele fica naquele feedback entre preceptor e os demais profissionais médicos e residentes, então ele fica numa única categoria,</p> <p>UR. 52 (...)a gente sabe que o tratamento, o sucesso do tratamento de um paciente, ele não restringe apenas à área médica e eu vejo que isso ainda não está pleno, né, esse feedback é só entre a categoria médica, os demais profissionais eu não vejo participar, não vejo reunião de</p>	<p>Falta integração do programa de residência com equipe de saúde</p> <p>Falta integração do programa de residência com equipe de saúde</p>

<p>grupo, não vejo discussão de caso clínico, não vejo apresentação de qualquer uma outra coisa que outras categorias pudessem se beneficiar.</p>		
<p>UC. 22 Porque, é, o Pediatra também se atualiza, porque você ta sendo preceptor, tem que dar uma resposta, tem que ensinar, além disso, as aulas, a gente participa das aulas, muito muito bacanas e eles preparam essas aulas muito boas também, entendeu, é, a gente participa pergunta e é muito bom também, o pessoal se mantém se atualizando.</p>	<p>UR. 53 (...)o Pediatra também se atualiza, porque você ta sendo preceptor, tem que dar uma resposta, tem que ensinar</p> <p>UR. 54 (...)a gente participa das aulas, muito muito bacanas e eles preparam essas aulas muito boas também, entendeu, é, a gente participa pergunta e é muito bom também, o pessoal se mantém se atualizando</p>	<p>Estímulo à educação permanente da equipe de saúde</p> <p>Aprimoramento profissional no serviço</p>
<p>UC. 23 Motivos pessoais ou ou....Primeiramente, é a coisa a gente não buscou assim... a gente não buscou isso, aconteceu porque nós sentimos uma necessidade muito grande. Eu como chefe do serviço de Anestesia na época eu tinha muita, muita dificuldade em conseguir plantonistas prá pra ocupar os espaços, eu não conseguia fechar uma escala às vezes num mês eu tinha que fazer 5,6,7 escalas trocando, colocando nome, colocando meu nome quando ninguém queria fazer, NE. (...)E foi por isso, e basicamente o motivo foi a necessidade mesmo do hospital em ter um especialista.</p>	<p>UR.55 (...)Primeiramente, é a coisa a gente não buscou assim... a gente não buscou isso, aconteceu porque nós sentimos uma necessidade muito grande. (...)E foi por isso, e basicamente o motivo foi a necessidade mesmo do hospital em ter um especialista.</p>	<p>Contribuição para a formação de recursos humanos locais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuição para a fixação de profissionais na região
<p>UC. 24 É...vc tem um incentivo para se atualizar, pq no serviço público, aqui em Roraima principalmente a gente é meio nivelado todo mundo por baixo, a pessoa que tem um nível técnico inferior ao seu ganha a mesma coisa, é valorizado do mesmo jeito que vc. Com a residência isso não. Com a preceptoria vc tem a necessidade de passar para o</p>	<p>UR. 56 (...)É... outro aspecto que eu acho importante também, e também voltando, é realmente a necessidade de crescer, vai ter que crescer, alguma hora e a gente vai precisar de mão de obra. Não adianta montar um centro cirúrgico abastado, cheio de equipamentos se tu não vai ter profissional, vai ficar refém de alguns profissionais também. Então, suprir a necessidade dessas pessoas aqui acho muito importante.</p>	<p>Contribuição para a formação de recursos humanos locais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuição para a fixação de profissionais na região

<p>seu residente o que é o certo e vc acaba melhorando, vc melhora o conhecimento, e... sua atualização. É... outro aspecto que eu acho importante também, e também voltando, é realmente a necessidade de crescer, vai ter que crescer, alguma hora e a gente vai precisar de mão de obra. Não adianta montar um centro cirúrgico abastado, cheio de equipamentos se tu não vai ter profissional, vai ficar refém de alguns profissionais também. Então, suprir a necessidade dessas pessoas aqui acho muito importante.</p>		
<p>UC. 25 Bom, a idéia nasceu, né, devido a falta de profissional aqui. Então a gente tinha uma carência muito grande de pediatras dentro do Hospital da Criança e nós mudamos prá Roraima em 2000 prá montar o hospital da criança, que era o único hospital infantil que ia ter aqui. E aí depois em 2003 a gente já lutava com uma grande dificuldade de conseguir pediatras prá trazer de outros lugares do Brasil, que já é um artigo raro e naquela época já estava assim. (...)E aí nós começamos a ver que pelas exigências que existiam da CNRM a gente preenchia uma série daquelas exigências prá formar um pediatra geral. Óbvio que não dá prá fazer aquelas áreas de atuação ainda, mas prá um pediatra geral a gente tinha volume de serviço, tinha uma quantidade de pediatras baseada no que exigia a CNRM, a gente já tinha a quantidade de pediatras que dava prá pelo menos uma residência com 4 residentes e</p>	<p>UR.57 (...) para um pediatra geral a gente tinha volume de serviço, tinha uma quantidade de pediatras baseada no que exigia a CNRM, a gente já tinha a quantidade de pediatras que dava prá pelo menos uma residência com 4 residentes e aí nós resolvemos entrar com o pedido de credenciamento de programa tudo, foi assim, pela carência mesmo.</p>	<p>Contribuição para a formação de recursos humanos locais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuição para a fixação de profissionais na região

<p>aí nós resolvemos entrar com o pedido de credenciamento de programa tudo, foi assim, pela carência mesmo.</p>		
--	--	--

<p align="center">NÚCLEO ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO DOS PRMs</p>		
<p>UNIDADE DE CONTEXTO</p>	<p>UNIDADE DE REGISTRO</p>	<p>CATEGORIAS</p>
<p>UC. 1 Olha, eu vou te dizer que sim, né, até prá te dar um exemplo a gente recebeu uma demanda da coordenação da RM em Anestesia, a questão até do local adequado, do material adequado para que seja realizado até os exames pré-anestésicos, tomamos como exemplo, e aí essa documentação ela deu entrada pela direção geral que despachou para a que a direção clínica desse o que competia à direção clínica da unidade. E a gente até conversou que na realidade o que foi questionado pela coordenação de RM da Anestesia nada tinha muito a ver com a direção clínica, mais coisa estrutural e assim a gente fica meio que...a gente tem os residentes que a gente não estava conseguindo mas a gente chegou junto à direção da unidade e a gente colocou o pé na parede, eu preciso de uma sala, eu preciso fazer essa avaliação pré-anestésica porque não só pensando na residência mas no próprio paciente tendo o risco pré-anestésico para que possa ser feito o procedimento cirúrgico, a direção nesse caso disponibilizou a sala está entregando agora na próxima semana. Isso no caso da Anestesia que a gente recebeu o questionamento todo, a demanda documentada mesmo pela coordenação. Mas a gente tem visto nas outras residências como a Clínica Médica, que teve aquela adequação de todo o bloco E para poder receber a residência de Clínica médica prá prestar melhor atendimento aos pacientes.</p>	<p>UR. 1 (...)a gente recebeu uma demanda da coordenação da RM em Anestesia, a questão até do local adequado, do material adequado para que seja realizado até os exames pré-anestésicos</p> <p>UR. 2 (...) essa documentação (da demanda) ela deu entrada pela direção geral que despachou para a que a direção clínica desse o que competia à direção clínica da unidade. E a gente até conversou que na realidade o que foi questionado pela coordenação de RM da Anestesia nada tinha muito a ver com a direção clínica, mais coisa estrutural</p> <p>UR. 3 (...)a gente não estava conseguindo mas a gente chegou junto à direção da unidade e a gente colocou o pé na parede, eu preciso de uma sala, eu preciso fazer essa avaliação pré-anestésica porque não só pensando na residência mas no próprio paciente (...)</p> <p>UR. 4 (...)a gente tem visto nas outras residências como a Clínica Médica, que teve aquela adequação de todo o bloco E para poder receber a residência de Clínica médica prá prestar melhor atendimento aos pacientes.</p>	<p>Residência gerando demandas à gestão</p> <p>Residência gerando demandas à gestão - fluxo nem sempre adequado</p> <p>Residência gerando demandas à gestão - necessidade de convencimento</p> <p>Residência gerando demandas à gestão - necessidade de convencimento</p>
<p>UC. 2 As reformas elas são feitas assim, a</p>		

<p>gente tenta enquanto gestão estar buscando junto ao secretário estadual porque tudo o que as preceptorias das residências colocam só tem a unir, não é nada visando o ego do preceptor, é tudo visando o melhor trabalho que consequentemente é uma melhor preparação acadêmica desses residentes. A gente tem buscado assim, vai ao reitor, enquanto direção clínica vai ao diretor geral algumas vezes eu até já discuti com o diretor, olha eu quero isso, e até trocando o posicionamento de salas, o pessoal vem falar comigo, justamente estar tentando adequar.</p>	<p>UR. 5 (...) As reformas elas são feitas assim, a gente tenta enquanto gestão estar buscando junto ao secretário estadual porque tudo o que as preceptorias das residências colocam só tem a unir, não é nada visando o ego do preceptor, é tudo visando o melhor trabalho que consequentemente é uma melhor preparação acadêmica desses residentes.</p> <p>UR. 6 (...) A gente tem buscado assim, vai ao reitor, enquanto direção clínica vai ao diretor geral algumas vezes eu até já discuti com o diretor, olha eu quero isso, e até trocando o posicionamento de salas, o pessoal vem falar comigo, justamente estar tentando adequar</p>	<p>Residência gerando demandas à gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento da direção clínica nas dificuldades enfrentadas pelo programa de residência <p>Residência gerando demandas à gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento da direção clínica nas dificuldades enfrentadas pelo programa de residência
<p>UC. 3 A gente sabe que não é o ideal, o hospital não tem a estrutura adequada nem pra corresponder às situações de assistencial mesmo, depois que foi construído e a gente pra construir um hospital é uma coisa que não depende, não está na mão da gestão, porque a gente não trabalha com a parte financeira. Mas a gente tem brigado enquanto direção pra tentar ir sanando essas dificuldades e adequando. Porque o hospital, qual é a nossa contrapartida? Vamos tentar adequar. Tem muita coisa que a gente sabe q é difícil porque a gente não tem essa gestão plena, da unidade, a gente depende de outros setores que são externos.</p>	<p>UR. 7 (...) A gente sabe que não é o ideal, o hospital não tem a estrutura adequada nem pra corresponder às situações de assistencial mesmo</p> <p>UR. 8 (...)a gente pra construir um hospital é uma coisa que não depende, não está na mão da gestão (diretoria clínica), porque a gente não trabalha com a parte financeira.</p> <p>UR. 9 (...)Mas a gente tem brigado enquanto direção pra tentar ir sanando essas dificuldades e adequando. Porque o hospital, qual é a nossa contrapartida? Vamos tentar adequar.</p> <p>UR. 10 (...)Tem muita coisa que a gente sabe que é difícil porque a gente não tem essa gestão plena, da</p>	<p>Estrutura física inadequada (tanto para o ensino como para a assistência)</p> <p>Abrangência limitada da direção clínica no nível operacional</p> <p>Residência gerando demandas à gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento da direção clínica nas dificuldades enfrentadas

	<p>unidade, a gente depende de outros setores que são externos.</p>	<p>pelelo programa de residência</p> <p>Abrangência limitada da direção clínica no nível operacional</p>
<p>UC. 4 Quando a gente fala de instalações físicas, a gente fala de problemas um pouco maiores do que a residência, uma vez que a unidade não é orçamentária, depende sempre do nosso gestor e do nosso mantenedor que é a Secretária de Saúde, a gente tá hoje com uma situação, ficamos dois anos sem contrato de manutenção predial, por exemplo, retornou o contrato agora, agora a direção tem mais autonomia de estar dando (não entendi)dizer que as instalações aqui são adequadas é um engodo, né, é ilusório, não são adequadas nem pro ensino e nem pra assistência, é um prédio de trinta anos, fica dois anos sem manutenção predial? É, a gente não pode ta mentindo, isso aqui é completamente verdadeiro, mas não é verdadeiro por falta do interesse e do incentivo, tanto da coremelocal quanto da direção, mas por falta de condições superiores que agora já estão disponíveis.</p>	<p>UR. 11 (...)Quando a gente fala de instalações físicas, a gente fala de problemas um pouco maiores do que a residência, uma vez que a unidade não é orçamentária, depende sempre do nosso gestor e do nosso mantenedor que é a Secretaria de Saúde,</p> <p>UR. 12 (...)dizer que as instalações aqui são adequadas é um engodo, né, é ilusório, não são adequadas nem pro ensino e nem pra assistência,</p> <p>UR. 13 (...)É, a gente não pode ta mentindo, isso aqui é completamente verdadeiro, mas não é verdadeiro por falta do interesse e do incentivo, tanto da coreme local quanto da direção, mas por falta de condições superiores que agora já estão disponíveis.</p>	<p>Estrutura hospitalar não concebida para o ensino (adaptação)</p> <p>- Falta de autonomia local para a solução de problemas</p> <p>Estrutura física inadequada (tanto para o ensino como para a assistencia)</p> <p>Estrutura física não concebida para o ensino (adaptação)</p> <p>- falta de autonomia</p> <p>Interesse da coreme e da direção local para a solução da infra-estrutura</p>
<p>UC.5 Mas, eu realmente tenho problemas muito graves de instalação física, mas que já estamos resolvendo. Eu penso que vai melhorar muito, assim, uma coisa é uma consequência da outra, primeiro pra assistência e consequentemente pro aprendizado.</p>	<p>UR. 14 (...)Mas, eu realmente tenho problemas muito graves de instalação física, mas que já estamos resolvendo.</p> <p>UR. 15 (...) Eu penso que vai melhorar muito, assim, uma coisa é uma consequência da outra,</p>	<p>Estrutura física inadequada (tanto para o ensino como para a assistência)</p> <p>Interesse da direção local para a solução da infra-estrutura</p>

	primeiro pra assistência e consequentemente pro aprendizado.	Estrutura física inadequada (tanto para o ensino como para a assistência)
<p>UC.6 Bom, vamos lá falar um pouco da nossa unidade, né, é, a parte de residência médica, aqui na nossa unidade, ela, ela vem por um movimento da própria instituição, não foi um movimento da gestão, foi um movimento da própria instituição, da Universidade, é, hoje é, o quê que acontece, você hoje tem uma universidade, né, no estado, onde nós temos o curso de Medicina, você tem vários, várias instituições com os cursos de Enfermagem, e você não vê hospital universitário, o hospital universitário, hoje,ta voltado pra dentro da unidade de prestação de serviço do estado, né, e do município, da capital, é, então essa formatação, ela não é muito bem definida, então quando se diz, pô, e os gestores tão envolvidos? Sim, ele não deixa de ta envolvido, porque ele ta dentro de uma instituição onde você é o gestor, né, mas ela tem um vinculo com a universidade, tem um vínculo com o Ministério da Educação, o MEC, né, e acaba tendo um vínculo da Secretaria, porque ela ta dentro da instituição da Secretaria, mas o gestor não tem gerência sobre a residência médica, a residência médica ela é igual a um internato, um internato não é dum, da Secretaria, ela tem, ele tem vida própria, não é vida própria, mas é por conta da Universidade, a gente cede o espaço e eles agregam</p>	<p>UR. 16 (...)a parte de residência médica, aqui na nossa unidade, ela, ela vem por um movimento da própria instituição, não foi um movimento da gestão, foi um movimento da própria instituição, da Universidade</p> <p>UR. 17 (...)ela tem um vínculo com a universidade, tem um vínculo com o Ministério da Educação, o MEC, né, e acaba tendo um vínculo da Secretaria, porque ela ta dentro da instituição da Secretaria, mas o gestor não tem gerência sobre a residência médica</p> <p>UR. 18 (...)a residência médica ela é igual a um internato, um internato não é dum, da Secretaria, ela tem, ele tem vida própria, não é vida própria, mas é por conta da Universidade, a gente cede o espaço e eles agregam.</p>	<p>Instituições de ensino gerando demanda para implantação do programa de residência médica em hospital assistencial</p> <p>Residência gerando demandas à gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta autonomia da gestão <p>Residência gerando demandas à gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta autonomia da gestão
<p>UC.7 Eu tava até, porque eu tive oportunidade de participar do início, do primeiro momento da residência médica, uma residência que não teria, né, houve uma resistência de alguns médicos, porque eles achavam que eles iriam trabalhar mais, eles achavam que eles tinham que ficar tomando conta de médicos, né, e hoje a gente vê que o perfil é exatamente ao contrário, né, hoje já ta aprovado, todo mundo quer, todo mundo, é, já apóia e ta vinculado a esse, então num primeiro</p>	<p>UR. 19 (...)porque eu tive oportunidade de participar do início, do primeiro momento da residência médica, uma residência que não teria, né, houve uma resistência de alguns médicos, porque eles achavam que eles iriam trabalhar mais, eles achavam que eles tinham que ficar tomando conta de médicos, né, e hoje a gente vê que o perfil é exatamente ao contrário, né, hoje já ta aprovado,</p>	<p>Rompimento da resistência inicial do corpo clínico à implantação dos programas de residência médica</p>

<p>momento, isso, eles não queriam a residência médica, então eu acho que com isso, houve um movimento, a residência foi implantada, começou a residência com um convênio do MEC. Eles tem o setor lá que faz capacitação e tudo, o certificado é do MEC, né, reconhecido e eu acho que faltou a integração, hoje a gente tem uma integração, mas não é uma integração, é, Secretaria de Estado, Mec e Instituição; está MEC e Instituição e apoio da Secretaria.</p>	<p>todo mundo quer, todo mundo, é, já apóia e ta vinculado a esse</p> <p>UR. 20 (...)eu acho que faltou a integração, hoje a gente tem uma integração, mas não é uma integração, é, Secretaria de Estado, Mec e Instituição; está MEC e Instituição e apoio da Secretaria.</p>	<p>Instituição de ensino gerando demanda para implantação do programa de residência médica em hospital assistencial</p>
<p>UC.8 É, isso a gente tem discutido, é (pausa), todo crescimento rápido dói, até o crescimento na infância, se você crescer rápido demais vai dar dor articular, né, então todo crescimento rápido dói, enquanto nós tínhamos cinco residentes, a salinha era suficiente, os professores eram suficientes, hoje nós temos trinta residentes, como é que você acomoda trinta residentes de diferentes especialidades? Então você tem que ter sala diferenciada pra ta dando aula teórica, discussão de caso clínico, então se você for ver em termos de acomodação, acomoda? Acomoda, sim, é claro que a gente acomoda, mas, não é uma coisa muito simples,</p>	<p>UR. 21 (...)enquanto nós tínhamos cinco residentes, a salinha era suficiente, os professores eram suficientes, hoje nós temos trinta residentes, como é que você acomoda trinta residentes de diferentes especialidades?</p> <p>UR. 22 (...)Então você tem que ter sala diferenciada pra ta dando aula teórica, discussão de caso clínico, então se você for ver em termos de acomodação, acomoda? Acomoda, sim, é claro que a gente acomoda, mas, não é uma coisa muito simples,</p>	<p>Estrutura hospitalar não concebida para o ensino (adaptação)</p> <p>Estrutura hospitalar não concebida para o ensino (adaptação)</p>
<p>UC. 9 (...), já deve ter aí seus quatro anos e eu me lembro que tinha uma verba destinada pro hospital pra montar uma biblioteca e um centro de estudo de um ministério eu não vou saber te informar se era o Ministério da Saúde ou o Ministério da Educação, mas a verba já tava destinada, precisava um projeto, precisava de um planejamento de arquitetura, aonde a gente falou inclusive, num auditório, montar com computador, com livro, biblioteca, local, mesa, cadeira, centro de estudo. Por que que a gente perdeu oportunidade, então é, aonde foi parar isso? Eu me lembro disso há cinco anos atrás, olha, tem um projeto, tem aí uma verba destinada, mas e aí, o gestor colocou pra frente, quem era o responsável? Foi a residência ou foi o gestor do hospital? Entendeu? É, ou era da Universidade, que a Universidade teria que montar, então nós</p>	<p>UR. 23 (...)já deve ter aí seus quatro anos e eu me lembro que tinha uma verba destinada pro hospital pra montar uma biblioteca e um centro de estudo de um ministério eu não vou saber te informar se era o Ministério da Saúde ou o Ministério da Educação, mas a verba já tava destinada, precisava um projeto, precisava de um planejamento de arquitetura (...) Eu me lembro disso há cinco anos atrás, olha, tem um projeto, tem aí uma verba destinada, mas e aí, o gestor colocou pra frente, quem era o responsável? Foi a residência ou foi o gestor do hospital?</p> <p>UR. 24 (...)então nós temos quatro atores, que às vezes, fica mal</p>	<p>Dificuldade na organização:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de articulação entre instâncias gestoras <p>Dificuldade na</p>

<p>temos três, quatro, na verdade, né, que é a preceptoria que é a residência, tem o hospital, a Universidade e a SESAU, que é a Secretaria de Saúde, então nós temos quatro atores, que às vezes, fica mal definido de quem tinha que ter tomado a frente pra dizer, não, vamos montar, a SESAU, por sua vez, não ta sabendo porque é Ministério da Educação e preceptoria, não, era Universidade com o MEC, não, era o hospital com o Ministério da Saúde, entendeu? Então, esses atores, o que eu acho que a gente tem que fazer é, nós estamos chegando a um momento de todos esses atores sentarem e definirem como é que isso vai ser trabalhado, vivenciado, é a Universidade? é a Preceptoria? É o hospital? entendeu?</p>	<p>definido de quem tinha que ter tomado a frente pra dizer, não, vamos montar, a SESAU, por sua vez, não ta sabendo porque é Ministério da Educação e preceptoria, não, era Universidade com o MEC, não, era o hospital com o Ministério da Saúde, entendeu?</p> <p>UR. 25 (...)Então, esses atores, o que eu acho que a gente tem que fazer é, nós estamos chegando a um momento de todos esses atores sentarem e definirem como é que isso vai ser trabalhado, vivenciado, é a Universidade? é a Preceptoria? É o hospital?</p>	<p>organização:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de articulação entre instâncias gestoras <p>Dificuldade na organização:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de articulação entre instâncias gestoras
<p>UC. 10. Durante a minha gestão, agora, já veio o coordenador um monte de vezes, a gente já viu com a direção diretamente, porque, o que acontece, não é negativa da parte da gestão, se não, que não é um hospital, que já tá feito, que tá faltando do que já nos sustenta, é que seria municipal, mas é um hospital estadual e não temos, vamos supor, onde colocar um local pra ser ali da residência, porque tem seu acesso a internet, porque tem computadores, tal, isso até agora a gente ainda não conseguiu e tem sido uma assistência total enquanto a direção geral, ela tá intencionada em fazer isso, porque não temos, e como se vê aqui, precisa de uma reforma, então aí complica e até agora não deu pra ter um local, é, assim, que diga ser, esse aí é da residência médica, até os confortos pra os plantões, tudo, é um problema, eles têm que fazer junto com a gente</p>	<p>UR. 26 (...)não é negativa da parte da gestão, se não, que não é um hospital, que já tá feito, que tá faltando do que já nos sustenta, é que seria municipal, mas é um hospital estadual e não temos, vamos supor, onde colocar um local pra ser ali da residência, porque tem seu acesso a internet, porque tem computadores, tal, isso até agora a gente ainda não conseguiu</p> <p>UR. 27 (...)tem sido uma assistência total enquanto a direção geral, ela tá intencionada em fazer isso</p> <p>UR. 28 (...) como se vê aqui, precisa de uma reforma, então aí complica e até agora não deu pra ter um local, é, assim, que diga ser, esse aí é da residência médica, até os confortos pra os plantões, tudo, é um problema, eles têm que fazer</p>	<p>Estrutura hospitalar não concebida para o ensino</p> <p>Residência gerando demandas à gestão - Envolvimento da gestão nas dificuldades enfrentadas pelo programa de residência</p> <p>Estrutura hospitalar não concebida para o ensino</p>

<p>UC. 11 A instituição, não participa dessas atividades, nunca nós fomos chamados, enquanto gestão pra participar de programação, de emitir opinião, o que que nós recebemos aqui? O pacote já vem pronto, a decisão vem da coordenação da residência, então eu nunca recebi nenhum documento aqui na gestão, é, me informando onde o aluno vai entrar, quantos meses vai passar em cada serviço, essa informação eu busquei sozinha com o objetivo de conhecer, mas nós não participamos dessa, desse planejamento, nós ficamos muito excluídos desse processo, a única coisa que a gestão faz é, abrir as portas para os residentes, é, recepcioná-los, é, deixá-los a vontade, mas a participação disso daqui nós não temos</p>	<p>junto com a gente</p> <p>UR. 29 (...)A instituição, não participa dessas atividades, nunca nós fomos chamados, enquanto gestão pra participar de programação, de emitir opinião, o que que nós recebemos aqui? O pacote já vem pronto, a decisão vem da coordenação da residência</p> <p>UR. 30 (...)eu nunca recebi nenhum documento aqui na gestão, é, me informando onde o aluno vai entrar, quantos meses vai passar em cada serviço, essa informação eu busquei sozinha com o objetivo de conhecer,</p> <p>UR. 31 (...)mas nós não participamos dessa, desse planejamento, nós ficamos muito excluídos desse processo, a única coisa que a gestão faz é, abrir as portas para os residentes, é, recepcioná-los, é, deixá-los a vontade, mas a participação disso daqui nós não temos</p>	<p>Dificuldade na organização:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de articulação entre instâncias gestoras <p>Dificuldade na organização:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de articulação entre instâncias gestoras <p>Dificuldade na organização:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de articulação entre instâncias gestoras
<p>UC. 12 O que que a direção gostaria de receber? Planejamento, eu vou receber quatro residentes aqui, o que que eles vão fazer, por onde vão passar, e isso até agora, pelo menos eu não tive essa oportunidade.</p>	<p>UR. 32 (...)Planejamento, eu vou receber quatro residentes aqui, o que que eles vão fazer, por onde vão passar, e isso até agora, pelo menos eu não tive essa oportunidade.</p>	<p>Dificuldade na organização:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de articulação entre instâncias gestoras
<p>UC. 13 Eu acho que tudo esbarra, tudo esbarra na falta de comunicação, de apresentação para o corpo clínico do hospital o que é residência, qual o objetivo, pra que que veio, se isso não existe, é difícil ver essa interação, esse comprometimento, entendeu, eu acho</p>	<p>UR. 33 (...)Eu acho que tudo esbarra, tudo esbarra na falta de comunicação, de apresentação para o corpo clínico do hospital o que é residência, qual o objetivo, pra que que veio, se isso não existe, é difícil ver essa interação, esse</p>	<p>Dificuldade na organização:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de articulação entre instâncias

<p>que o que precisa é apresentar, ter jornada, ter essa maior interação, eu concordo realmente que não exista isso não e a causa, a primeira causa que eu visualizo, é essa falta de interação.</p>	<p>comprometimento</p> <p>UR. 34 (...)eu acho que o que precisa é apresentar, ter jornada, ter essa maior interação, eu concordo realmente que não exista isso não e a causa, a primeira causa que eu visualizo, é essa falta de interação</p>	<p>gestoras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de comunicação <p>Dificuldade na organização:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de articulação entre instâncias gestoras • Falta de comunicação
<p>UC. 14 Foi me trazido a gestão apenas o problema de conforto para os residentes e já foi, é, esse problema foi trazido pela coordenação no final do ano passado, e em Fevereiro foi entregue, é, em Fevereiro foi entregue uma sala conjugada pra ela, já tem uma sala que é uma sala de aula que, que é onde funciona o COREME e nós disponibilizamos em Fevereiro pra ela, uma sala conjugada aonde seria a parte do repouso dos residentes e uma sala de estudo, mas até hoje essa sala está fechada, tá, até hoje ela tá, nós pintamos, trocamos luminárias, fizemos tudo direitinho e entregamos a chave pra ela, mas até hoje a sala tá fechada, de Fevereiro.</p>	<p>UR. 35 (...)Foi me trazido a gestão apenas o problema de conforto para os residentes e já foi, é, esse problema foi trazido pela coordenação no final do ano passado, e em Fevereiro foi entregue, é, em Fevereiro foi entregue uma sala conjugada</p> <p>UR. 36 (...)já tem uma sala que é uma sala de aula que, que é onde funciona o COREME e nós disponibilizamos em Fevereiro pra ela, uma sala conjugada aonde seria a parte do repouso dos residentes e uma sala de estudo, mas até hoje essa sala está fechada</p>	<p>Estrutura hospitalar não concebida para o ensino</p> <p>Residência gerando demandas à gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento da direção clínica nas dificuldades enfrentadas pelo programa de residência <p>Estrutura hospitalar não concebida para o ensino</p> <p>Residência gerando demandas à gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento da direção clínica nas dificuldades enfrentadas pelo programa de residência
<p>UC. 15 Então o que eu vejo, o nosso hospital no momento, nós estamos em processo de elaboração dos protocolos, nós queremos sim o apoio da residência pra elaborar isso, que que a gente vê? pela falta de ausência de protocolo, que eu acho que não poderia haver residente sem o pré-protocolo do hospital, né, eu acho que pra ter recebido residente, teria que ter sido</p>	<p>UR. 37 (...)o nosso hospital no momento, nós estamos em processo de elaboração dos protocolos, nós queremos sim o apoio da residência pra elaborar isso</p> <p>UR. 38 (...)eu acho que não poderia haver residente sem o pré-protocolo</p>	<p>Estrutura hospitalar não concebida para o ensino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de protocolos nos programas

<p>organizado essa parte de protocolos, que facilitaria muito o processo de ensino-aprendizagem, nós não temos protocolo pra nada, agora que nós estamos nos movimentando pra elaborar os protocolos de antibiótico, os protocolos de conduta e, enfim, tanto pra facilitar pra gestão adquirir os insumos, como pra facilitar o processo aprendido e a terapêutica aplicada, a assistência aplicada</p>	<p>do hospital, né, eu acho que pra ter recebido residente, teria que ter sido organizado essa parte de protocolos, que facilitaria muito o processo de ensino-aprendizagem, nós não temos protocolo pra nada,</p>	<p>de residência médica</p> <p>Estrutura física não concebida para o ensino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessidad e de protocolos nos programas de residência médica
<p>UC. 16 Eu acho que na verdade o hospital ele não se preparou pra esse momento. De repente a gestão só realmente viu a necessidade de o colocar no hospital mas não se preparou prá isso, tanto que as coisas, as estruturas elas vão aparecendo e a gente vai vendo que..... que.... se vai readequando, vamos readequar isso, colocar essa sala aqui, justamente prá digamos que abrigar toda essa, assim, o espaço, remanejar o...o algumas salas. Porque os programas vão sendo abertos mas a estrutura continua a mesma. E aí geralmente quando você cadastra o programa você tem que ter obrigatoriamente estrutura física, e algumas coisas obrigatórias. E não tem isso mas tem essas readequações que acontecem. E eu acho que é isso, a instituição não se planejou prá isso e está meio que..abrigoando, acomodando dessa forma, meio inadequada mesmo. O ideal seria que a gente construísse esses espaços prá poder funcionar adequadamente até prá estimular os residentes e preceptores.</p>	<p>UR. 39 (...)Eu acho que na verdade o hospital ele não se preparou pra esse momento. De repente a gestão só realmente viu a necessidade de o colocar no hospital mas não se preparou prá isso, tanto que as coisas, as estruturas elas vão aparecendo e a gente vai vendo que..... que.... se vai readequando, vamos readequar isso, colocar essa sala aqui, justamente prá digamos que abrigar toda essa, assim, o espaço, remanejar o...o algumas salas.</p> <p>UR. 40 (...)Porque os programas vão sendo abertos mas a estrutura continua a mesma</p> <p>UR. 41 (...)E aí geralmente quando você cadastra o programa você tem que ter obrigatoriamente estrutura física, e algumas coisas obrigatórias. E não tem isso mas tem essas readequações que acontecem.</p> <p>UR. 42 (...)a instituição não se planejou prá isso e está meio que..abrigoando, acomodando dessa forma, meio inadequada mesmo. O ideal seria que a gente construísse esses espaços prá poder funcionar adequadamente até prá estimular os</p>	<p>Estrutura hospitalar não concebida para o ensino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de preparo institucional para abrigar a residência médica <p>Estrutura hospitalar não concebida para o ensino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrutura física <p>Estrutura hospitalar não concebida para o ensino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrutura física <p>Estrutura hospitalar não concebida para o ensino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrutura física • Falta de

	residentes e preceptores.	preparo institucional para abrigar a residência médica
Preceptores		
UC. 17(<i>participa de reuniões de planejamento?</i>) Participo.	UR. 43 (...) Participo.	Planejamento presente e participativo
UC. 18 Eu me reúno com o meu chefe e com a Dra. Cassandra e até com os próprios residentes e a gente faz um balanço do que estamos falhando, qual nossa prioridade pra preparar nossas aulas, para todo mundo ficar numa harmonia. A gente não impõe tudo, deixa o residente participar. Eu tenho assim uma boa experiência esse ano com os que hoje são R2 e R3, são muito acessíveis, embora eles saibam das nossas limitações. E com o r1 tenho tido pouco contato mas quando ele chegar no r2 ele se acomoda no nosso sistema de ensino.	UR. 44 (...)Eu me reúno com o meu chefe e com a Dra. Cassandra e até com os próprios residentes e a gente faz um balanço do que estamos falhando, qual nossa prioridade pra preparar nossas aulas, para todo mundo ficar numa harmonia. A gente não impõe tudo, deixa o residente participar	Planejamento presente e participativo
UC. 19 (<i>participa de reuniões de planejamento</i>)Não, não, não participo. <i>Ou com a COREME?</i> Não, muito pouco.	UR. 45 (...)Não, não, não participo. (...) Não, muito pouco.	Não participação em reuniões de planejamento
UC. 20 Assim ó, o que eu vejo é que nós aqui nós não temos um aparato melhor para vc dizer nós não temos p. ex uma disponibilidade de horário para vcpoder transmitir um pouco mais, NE? E assim, gostaria de ter um laboratório de cirurgia, onde a gente pudesse fazer cirurgia experimental, onde pudesse realmente botar o pós-graduando numa atividade em que ele não levasse tanto risco. A situação em si a gente sabe no PRM que há uma fase da residência em que o residente assume quase a responsabilidade de um ato porque já vem há dois anos fazendo e isso daí acaba por a gente de uma certa maneira deixar um profissional fazer um ato praticamente sozinho. Isso eu acho que tem um ponto positivo e tem um ponto negativo: o ponto positivo é que daqui a 1 ou 2 meses, às vezes até um pouco mais 4 meses ele já vai estar livre e habilitado para fazer esse tipo de atividade, e o ponto negativo é q ele às vezes pode ainda não estar tão habilitado para fazer a atividade e	UR. 46 (...)E assim, gostaria de ter um laboratório de cirurgia, onde a gente pudesse fazer cirurgia experimental, onde pudesse realmente botar o pós-graduando numa atividade em que ele não levasse tanto risco	Estrutura hospitalar não concebida para o ensino <ul style="list-style-type: none"> • Estrutura física

<p>acaba não fazendo de maneira adequada.</p>		
<p>UC. 21 Assim ó: a gente não tem um programa estabelecido (<i>de planejamento</i>) mas nós temos as reuniões científicas, visitas semanais e a gente tem um programa de aula semanal com o residente que ele tem um tema estabelecido dentro da grade básica do programa do MEC e a gente injeta outros assuntos de interesse da residência e que o residente é... dá sua aula sobre o assunto e depois no final a gente discute sobre o tema. Infelizmente a gente não tem uma frequência maior de preceptores nessas aulas, então, até porque o horário que eu tenho é o horário noturno e na verdade quem vem são os residentes e internos.</p>	<p>UR. 47 (...)a gente não tem um programa estabelecido (<i>de planejamento</i>) mas nós temos as reuniões científicas, visitas semanais e a gente tem um programa de aula semanal com o residente</p>	<p>Não participação em reuniões de planejamento</p>
<p>UC. 22 Olha, atualmente essa reunião aí só está sendo feita entre eu, o coordenador do programa e às vezes o coordenador geral, entendeu? As reuniões são feitas mais entre nós três, mais entre nós dois, entre eu e o coordenador NE? A gente procura se reunir, dividir a programação, ver a questão de aulas a questão de estudo de caso, enfim, toda a programação da residência eu sento mais com ele para a gente fazer e a gente passa para os residentes, a gente discute, tem a parte de enfermaria, a parte de ambulatório, mas assim, a programação mesmo NE é feita basicamente entre eu e ele.</p>	<p>UR. 48 (...)Olha, atualmente essa reunião aí só está sendo feita entre eu, o coordenador do programa e às vezes o coordenador geral, entendeu?</p> <p>UR. 49 (...)A gente procura se reunir, dividir a programação, ver a questão de aulas a questão de estudo de caso, enfim, toda a programação da residência eu sento mais com ele para a gente fazer e a gente passa para os residentes,</p>	<p>Planejamento presente e participativo</p> <p>Planejamento presente e participativo</p>
<p>UC. 23 Assim eu sinto falta da gente ter também uma sala apropriada prá gente NE, porque a gente conseguiu montar uma salinha pequenininha que foi com os recursos do simpósio que nós fizemos nos anos anteriores, então assim, eu gostaria que nós tivéssemos uma sala maior, que nós pudéssemos passar os nossos seminários. Atualmente o quê que a gente está fazendo a gente está pedindo o auditório emprestado prá discutir alguns artigos, alguns casos clínicos mas a gente vê dificuldade porque nem sempre o auditório está liberado, NE, nem sempre está disponível, tem outras programações, entendeu? Então assim, a sala, um local prá gente estudar, prá gente poder discutir, eu</p>	<p>UR. 50 (...)Assim eu sinto falta da gente ter também uma sala apropriada prá gente</p> <p>UR. 51 (...)eu gostaria que nós tivéssemos uma sala maior, que nós pudéssemos passar os nossos seminários.</p> <p>UR. 52 (...)Atualmente o quê que a gente está fazendo a gente está pedindo o auditório emprestado prá discutir alguns artigos, alguns casos clínicos mas a gente vê dificuldade porque nem sempre o auditório está</p>	<p>Estrutura hospitalar inadequada ao ensino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrutura física <p>Estrutura hospitalar não concebida para o ensino (adequação)</p> <p>Estrutura hospitalar</p>

<p>também sinto essa dificuldade porque é uma sala muito pequena e os meninos ficam aglomerados,</p>	<p>liberado, NE, nem sempre está disponível, tem outras programações</p> <p>UR. 53 (...)Então assim, a sala, um local prá gente estudar, prá gente poder discutir, eu também sinto essa dificuldade porque é uma sala muito pequena e os meninos ficam aglomerados,</p>	<p>não concebida para o ensino (adequação)</p> <p>Estrutura hospitalar não concebida para o ensino (adequação)</p>
<p>UC. 24 A gente tem, a gente está fazendo 1 vez por mês reunião dos preceptores, inclusive a gente está tentando bolar um histórico prá eles que a gente não tem, né, na maioria não tem. Os meus colegas todos que vieram de várias partes do Brasil ninguém tem histórico. Mas a gente, prá gente não ficar muito perdido com o acompanhamento deles ano a ano, né, pq a gente sabe que o r1 tem que fz mais isso, o r2 tem q fz mais aquilo, mas a gente não tem um histórico e a gente está mexendo com isso, a gente está tentando bolar isso.</p>	<p>UR. 54 (...) A gente tem, a gente está fazendo 1 vez por mês reunião dos preceptores</p>	<p>Planejamento presente e participativo</p>
<p>UC. 25 Quando estávamos em outras gestões a gente tinha um pouquinho mais (<i>reuniões de planejamento</i>). Agora acho que porque tem menos preceptores, o movimento do hospital também é muito grande, se tirou um pouco desse espaço. A única reunião que participamos é a básica para fazer as provas dos alunos para fazer o concurso de residência, a recepção do residente e aquele cronograma de aulas. Acabou-se.</p>	<p>UR. 55 (...)Quando estávamos em outras gestões a gente tinha um pouquinho mais (<i>reuniões de planejamento</i>). Agora acho que pq tem menos preceptores, o movimento do hospital também é muito grande, se tirou um pouco desse espaço</p> <p>UR. 56 (...)A única reunião que participamos é a básica para fazer as provas dos alunos para fazer o concurso de residência, a recepção do residente e aquele cronograma de aulas. Acabou-se.</p>	<p>Planejamento presente e participativo</p> <p>Planejamento presente e participativo</p>
<p>UC. 26 Participo(<i>reuniões de planejamento</i>). Confesso que devo participar mais mas sempre que posso nós nos sentimos motivados a participar.</p>	<p>UR. 57 (...)Participo. Confesso que devo participar mais mas sempre que posso nós nos sentimos motivados a participar.</p>	<p>Planejamento presente e participativo</p>
<p>UC. 27 Olha, eu fiquei muito tempo sozinha. Então assim, as reuniões de planejamento eu fazia eu comigo mesma, entendeu, e fazia com os próprios residentes, o que eles estavam achando, éeeee, as vezes eu pegava colegas que também tinham esse perfil, de avaliação, de tentar melhorar, então a gente discutia</p>	<p>UR. 58 (...)Olha, eu fiquei muito tempo sozinha. Então assim, as reuniões de planejamento eu fazia eu comigo mesma</p> <p>UR. 59 (...)e fazia com os próprios residentes, o que eles estavam achando, éeeee, as vezes eu pegava</p>	<p>Planejamento presente e individual</p> <p>Planejamento presente e participativo</p>

<p>isso. De uma maneira assim, pouco formal, e eu ia pegando, uma coisa aqui, e ia adaptando no programa deles. Mas falar assim, que a gente fez uma reunião, de planejamento, prá sentar e discutir todas as coisas...eu fiz isso, eu e um colega de trabalho, mas sozinha, nós dois, vendo o que podia ser feito, e tal. Acho que agora vai mudar um pouquinho isso, porque eu, infelizmente eu acabei passando assim agora, vai ter uma nova coordenação da residência de Pediatria.</p>	<p>colegas que também tinham esse perfil, de avaliação, de tentar melhorar, então a gente discutia isso.</p> <p>UR. 60 (...)Mas falar assim, que a gente fez uma reunião, de planejamento, prá sentar e discutir todas as coisas...eu fiz isso, eu e um colega de trabalho, mas sozinha, nós dois, vendo o que podia ser feito, e tal.</p>	<p>Planejamento presente e individual</p>
---	--	---

NÚCLEO INTERAÇÃO ENSINO-ASSISTÊNCIA		
UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIAS
<p>UC. 1 É o que eu te falo, se você, você tem um médico prá você atender, vamos dar um exemplo, 20 pacientes, uma demanda de 20 pacientes prá 1 profissional. Com a residência médica você vai ter aí 1 médico preceptor, com mais 4 residentes, ou seja, você diminui o número de pacientes por profissional e consequentemente você melhora a qualidade da assistência. O risco de você ter uma complicação com um paciente desse é menor do q... porque ele é melhor avaliado. Você vai ter o preceptor coordenando esses residentes. Lógico que são médicos também e você vai prestar um melhor atendimento.</p>	<p>UR. 1 Você vai ter o preceptor coordenando esses residentes. Lógico que são médicos também e... você vai prestar um melhor atendimento.</p>	<p>Potencialização da assistência pelo ensino</p>
<p>UC. 2 Eu acho que assim, eu vejo num hospital universitário você se volta muito mais prá pesquisa, né, eu não vejo tanto no hospital assistencial porque além de você fazer pesquisa você está no dia a dia na prática você já está prestando esse conhecimento, essa pesquisa q você está fazendo você esta colocando na prática e você está atendendo um número maior da população. Ou seja você sai daquela questão só científica, lógico q um hospital universitário também atende, mas é uma coisa um pouco mais selecionada, você tem uma triagem maior, eu creio assim, eu vejo, quando você compara, até pela experiência que eu tive num hospital universitário na época em João Pessoa que</p>	<p>UR. 2(...)porque além de você fazer pesquisa você está no dia a dia na prática você já está prestando esse conhecimento, essa pesquisa q você está fazendo você esta colocando na prática e você está atendendo um número maior da população.</p>	<p>Potencialização da assistência pelo ensino</p> <p>Possibilidade de desenvolvimento de pesquisa aplicada no cotidiano da assistência</p>

<p>você atinge o nível maior da população do que num hospital universitário. Na verdade você até faz o papel da triagem também quando você trabalha em hospital assistencial e você vê que o residente tem contato às vezes com um tipo de paciente q ele não ia ter num hospital universitário até por conta dessa triagem.</p>		
<p>UC. 3 Eu observo assim, que alguns momentos eu acho que meio q se confunde. Não é em todos os casos de preceptores, porque a gente tem visto que tem preceptores que conseguem diferenciar bem até q ponto eu estou como preceptor fazendo a parte de ensino e quando eu estou fazendo só a parte de assistência, eu acho q ainda mistura muito porque até os próprios residentes questionam o fato de eles dizerem eu não estou aqui fazendo a questão do ensino, eu estou tocando trabalho. Essa relação, eu acho que os nós estão aí, qual o papel? Aquele momento que eu tomo aquele passando a visita, que eu estou com meu grupo de residentes, até que ponto ali, eu tenho que fazer isso porque, nessa visita é que eu vou tirar as dúvidas do meu paciente, eu vou ver onde está a falha, e não deixar o residente só fazendo aquele papel assistencial. Eu acho que o nó está nesse ponto aí, até que ponto eu estou fazendo o ensino ou até que ponto eu estou fazendo só o trabalho da assistência.</p>	<p>UR. 3 (...)Eu observo assim, que alguns momentos eu acho que meio q se confunde.</p> <p>UR. 4 (...)Não é em todos os casos de preceptores, porque a gente tem visto que tem preceptores que conseguem diferenciar bem até q ponto eu estou como preceptor fazendo a parte de ensino e quando eu estou fazendo só a parte de assistência</p> <p>UR. 5 (...)eu acho q ainda mistura muito porque até os próprios residentes questionam o fato de eles dizerem eu não estou aqui fazendo a questão do ensino, eu estou tocando trabalho. Essa relação, eu acho que os nós estão aí</p> <p>UR. 6 (...)Aquele momento que eu tomo aquele passando a visita, que eu estou com meu grupo de residentes, até que ponto ali, eu tenho que fazer isso porque, nessa visita é que eu vou tirar as dúvidas do meu paciente, eu vou ver onde está a falha, e não deixar o residente só fazendo aquele papel assistencial.</p> <p>UR. 7 (...)Eu acho que o nó está nesse ponto aí, até que ponto eu estou fazendo o ensino ou até que ponto eu estou fazendo só o trabalho da assistência</p>	<p>Boa interação ensino-assistência</p> <p>Dificuldades na interação ensino-assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na diferenciação ensino-assistência tanto pelas direções (geral e clínica) como pelos residentes <p>Boa interação ensino-assistência</p> <p>Dificuldades na interação ensino-assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na diferenciação ensino-assistência tanto pelas direções (geral e clínica) como pelos residentes <p>Dificuldades na interação ensino-assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na diferenciação

		<p>ensino-assistência tanto pelas direções (geral e clínica) como pelos residentes</p> <p>Dificuldades na interação ensino-assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na diferenciação ensino-assistência tanto pelas direções (geral e clínica) como pelos residentes
<p>UC. 4 (...) Quando você coloca: o volume de pacientes dificulta, dificulta quando eu tenho um número muito pequeno de preceptores. Então assim, eu posso até ter 30 pacientes com 2 preceptores, realmente para o número de pacientes a questão do preceptor não se vai conseguir fazer o ensino, e sim só a parte assistencial. Não tem como com 2 preceptores você coordenar – até coordena mas não tem como você dar conta desses 30 pacientes pra cada preceptor</p>	<p>UR. 8 (...)Quando você coloca: o volume de pacientes dificulta, dificulta quando eu tenho um número muito pequeno de preceptores</p>	<p>Dificuldades na interação ensino-assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número reduzido de preceptores • Sobrecarga de trabalho
<p>UC. 5 Já no segundo momento quando ele coloca que é bom – é, você vai ter contato com uma gama, com uma diversidade de patologias, evidentemente você vai estar aprendendo mas aí você tem 2 pontos: você tem residência em que tem um número razoável de preceptores, mas você tem uma residência que está ainda com déficit de preceptor então as 2 questões até um certo momento se contradizem em relação a isso, numa residência em q você tem um número reduzido de preceptores com um número maior de residentes com um número maior de pacientes você realmente não vai ter ganho, vai até ter perda do ensino, da aprendizagem. Já numa residência q já conseguiu se organizar, você conseguiu</p>	<p>UR. 9 (...)você vai ter contato com uma gama, com uma diversidade de patologias, evidentemente você vai estar aprendendo</p> <p>UR. 10 (...)numa residência em q você tem um número reduzido de preceptores com um número maior de residentes com um número</p>	<p>Boa interação ensino-assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otimização do aprendizado pela assistência <p>Dificuldades na interação</p>

<p>distribuir bem o número de preceptores razoavelmente com a diminuição do número de pacientes aí você vai ter ganho. Além de fazer o rodízio você vai ter a aprendizagem e a troca melhor.</p>	<p>maior de pacientes você realmente não vai ter ganho, vai até ter perda do ensino, da aprendizagem. Já numa residência q já conseguiu se organizar, você conseguiu distribuir bem o número de preceptores razoavelmente com a diminuição do número de pacientes aí você vai ter ganho. Além de fazer o rodízio você vai ter a aprendizagem e a troca melhor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga de trabalho • Número reduzido de preceptores
<p>UC. 6 Olha, um hospital assistencial ele tem uma visão da realidade da demanda da população. Uma realidade de assistência realmente. Um hospital universitário ele visa e prima sempre entre o que seria o adequado e o que seria uma realidade que talvez não condiga com o q a gente vive hj. Eu fiz minha formação num hospital universitário, e nós tínhamos acesso a tecnologia, a medicamentos, a realmente pesquisa, um incentivo que faz realmente o perfil de um profissional q planeja, de um profissional q se aprimora. Mas num hospital assistencial a gente se volta muito pra necessidade premente do paciente, e da situação principalmente epidemiológica da região. Então a gente falha um pouco sim, na questão acadêmica, mas a gente se volta muito pra necessidade da assistência local.</p>	<p>UR. 11 (...) Mas num hospital assistencial a gente se volta muito pra necessidade premente do paciente, e da situação principalmente epidemiológica da região. Então a gente falha um pouco sim, na questão acadêmica, mas a gente se volta muito pra necessidade da assistência local.</p>	<p>Dificuldades na interação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo do hospital assistencial mais voltado à demanda local, epidemiológica da região
<p>UC. 7 É, a gente não pode confundir as coisas, né, assistência é o momento diante do paciente, o estudo de caso é quando a gente pode pegar todas as situações junto com os dados escritos, com as impressões que cada um teve, é um momento de reflexão fora da tomada de decisões. Então, quando você me fala assim, estudo das situações clínicas, eu to pensando no momento, no momento que eu to prestando a minha assistência. Então, o volume dos pacientes dificulta o estudo? Eu tenho um espaço definido pra estudo. Eu posso ta discutindo as questões no momento em que elas tão acontecendo, claro, posso também ta recebendo orientação, mas eu tenho que ter um momento de sentar com todas as minhas impressões, com as impressões do meu preceptor, com o que foi realizado, o que foi</p>	<p>UR. 12 (...)a gente não pode confundir as coisas, né, assistência é o momento diante do paciente, o estudo de caso é quando a gente pode pegar todas as situações junto com os dados escritos, com as impressões que cada um teve, é um momento de reflexão fora da tomada de decisões.</p> <p>UR. 13 (...)Então, o volume dos pacientes dificulta o estudo? Eu tenho um espaço definido pra estudo.</p>	<p>Dificuldades na interação ensino-assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na diferenciação ensino-assistência tanto pelas direções (geral e clínica) como pelos residentes <p>Dificuldades na interação ensino-</p>

<p>disponibilizado, o que não foi disponibilizado e pensar sobre isso. Então, é, tá contraditório porque eu não sei se o entendimento foi adequado, é, estudo das situações é um momento que eu entendo fora da assistência, mas temos horários definidos pras aulas e reuniões clínicas.</p>	<p>UR. 14 (...)Eu posso ta discutindo as questões no momento em que elas tão acontecendo, claro, posso também ta recebendo orientação, mas eu tenho que ter um momento de sentar com todas as minhas impressões, com as impressões do meu preceptor, com o que foi realizado, o que foi disponibilizado, o que não foi disponibilizado e pensar sobre isso.</p> <p>UR. 15 (...)estudo das situações é um momento que eu entendo fora da assistência, mas temos horários definidos pras aulas e reuniões clínicas</p>	<p>assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na diferenciação ensino-assistência tanto pelas direções (geral e clínica) como pelos residentes <p>Dificuldades na interação ensino-assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na diferenciação ensino-assistência tanto pelas direções (geral e clínica) como pelos residentes
<p>UC. 8(...) na Maternidade não, enquanto ela pode ter vinte, pode ter duzentos, mas a gente pode e já é definido isso com os preceptores e os residentes, independente do volume do plantão e ele precisa ter um número limitado de atendimentos, a gente já fecha isso, pelo menos, não vou te dizer com a sala de parto, mas com as outras enfermarias, principalmente as enfermarias de internação, gestação e alto risco e a de pré e pós operatório, onde ficam todas as complicações cirúrgicas, até de alojamento conjunto que é o puerpério normal sem patologia, existe um número limitado, quantidade limitada de pacientes. A gente não consegue limitar somente na sala de parto normal, porque essa realmente vem com a demanda,mas as enfermarias Estação de Alto Risco Pré e Pós Operatório e Alojamento Conjunto é tudo limitado, o residente, ele que é responsável por X pacientes, justamente pra que ele tenha esse olhar de residente com uma</p>	<p>UR. 16 (...)já é definido isso com os preceptores e os residentes, independente do volume do plantão e ele precisa ter um número limitado de atendimentos, a gente já fecha isso</p> <p>UR. 17 (...) não vou te dizer com a sala de parto, mas com as outras enfermarias, (...)existe um número limitado, quantidade limitada de pacientes</p> <p>UR. 18 (...) o residente, ele que é responsável por X pacientes, justamente pra que ele tenha esse olhar de residente com uma qualidade</p>	<p>Boa interação ensino-assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adequação da rotina assistencial para o ensino <p>Boa interação ensino-assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adequação da rotina assistencial para o ensino <p>Boa interação ensino-assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adequação da rotina assistencial

<p>qualidade maior, que ele possa se aprofundar, possa tirar suas dúvidas, ele não é responsável por uma enfermaria, independente da quantidade que tenha não.</p>	<p>maior, que ele possa se aprofundar, possa tirar suas dúvidas, ele não é responsável por uma enfermaria, independente da quantidade que tenha não.</p>	<p>para o ensino</p>
<p>UC. 9 É, aqui o quê que acontece, não é igual a uma instituição, é, instituição de ensino, quer dizer, né, você tem lá residência, internato e tem o staff, então por isso você divide, né, se você divide com as outras instituições também, aqui não, aqui nós só temos uma referência, você quase tem realmente uma demanda muito grande e toda vez que você falar em ortopedia, né, você ta falando com um grupo de assistência, que aquele grupo vai ta envolvido com um grupo de residentes, ele vai ter uma sobrecarga como a gente tem uma sobrecarga no sistema de pacientes por referência, agora, tem aprendizado? Claro que tem aprendizado, quanto mais estudo você tiver, mais aprendizado você vai ter, é, inerente a qualidade de estudo que você tem, vai ser desgastante, vai ser penoso, vão ficar cansado, sim, claro, se você trabalha mais, vai ficar mais cansado, se você trabalha menos, vai ficar menos cansado, mas o final da história é ou você aprende mais ou você aprende menos, se você trabalhou mais você aprendeu mais, se você trabalhou menos, você aprendeu menos, né, então é exatamente o que ta bem aí, eu acho que é isso mesmo, você tem um volume.</p>	<p>UR. 19 (...)É, aqui o quê que acontece, não é igual a uma instituição, é, instituição de ensino, quer dizer, né, você tem lá residência, internato e tem o staff, então por isso você divide, né, se você divide com as outras instituições também, aqui não, aqui nós só temos uma referência você quase tem realmente uma demanda muito grande e toda vez que você falar em ortopedia, né, você ta falando com um grupo de assistência, que aquele grupo vai ta envolvido com um grupo de residentes,</p> <p>UR. 20 (...)ele vai ter uma sobrecarga como a gente tem uma sobrecarga no sistema de pacientes por referência agora, tem aprendizado? Claro que tem aprendizado, quanto mais estudo você tiver, mais aprendizado você vai ter, é, inerente a qualidade de estudo que você tem, vai ser desgastante, vai ser penoso, vão ficar cansado, sim, claro, se você trabalha mais, vai ficar mais cansado, se você trabalha menos, vai ficar menos cansado, mas o final da história é ou você aprende mais ou você aprende menos, se você trabalhou mais você aprendeu mais, se você trabalhou menos, você aprendeu menos</p>	<p>Boa interação ensino-assistência</p> <p>Otimização do aprendizado pela assistência</p>
<p>UC. 10 Nada, e eu vou te falar, é uma coisa que pra determinadas situações aqui eu até vejo assim, a turma pensando muito em rodapé de</p>	<p>UR. 21 (...)a turma pensando muito em rodapé de livro, sempre no quê que fulano de</p>	<p>Otimização do aprendizado pela assistência</p>

<p>livro, sempre no quê que fulano de tal, olha gente, antes de a gente chegar lá no rodapé, vamos tratar primeiro uma pneumoniazinha comunitária, é a malária, é a dengue, né, é o que a gente vê, num pensa numa síndrome rara, não sei das sei quantas, pode ser? Pode ser realmente, mas até chegar lá, a gente tem que começar com um raio X, depois passar pra uma tomografia, depois passar pra ressonância, né, e eu acho que com o estudo vinculado ao processo de pesquisa, de tratamento, você acaba forçando ao profissional a pensar assim, entendeu? A pensar gradual, a pensar do básico pro mais complicado, não é que você não vai encontrar o complicado, você vai encontrar o complicado, mas começa do básico, começa lá fazendo um Hemograma, uréia, creatinina, raio x. Dali, você já tem um parâmetro pra que lado que eu vou, vou seguir pra esse, vou seguir pra aquele, e isso é o que força o processo de residência, o processo de ensinamento.</p>	<p>tal, olha gente, antes de a gente chegar lá no rodapé, vamos tratar primeiro uma pneumoniazinha comunitária, é a malária, é a dengue, né, é o que a gente vê, num pensa numa síndrome rara, não sei das sei quantas, pode ser? Pode ser realmente, mas até chegar lá, a gente tem que começar com um raio X, depois passar pra uma tomografia, depois passar pra ressonância, né, com o estudo vinculado ao processo de pesquisa, de tratamento, você acaba forçando ao profissional a pensar assim, entendeu?</p> <p>UR. 22 (...)A pensar gradual, a pensar do básico pro mais complicado, não é que você não vai encontrar o complicado, você vai encontrar o complicado, mas começa do básico, começa lá fazendo um Hemograma, uréia, creatinina, raio x. Dali, você já tem um parâmetro pra que lado que eu vou, vou seguir pra esse, vou seguir pra aquele, e isso é o que força o processo de residência, o processo de ensinamento.</p>	<p>Otimização do aprendizado pela assistência</p>
<p>UC. 11 É ideal, porque vamos supor, aí eu tenho poucos Pediatras que até, às vezes, até que é errado, em certo momento, tá errado, porque os residentes seriam só residentes, dariam seus plantões como residente, e não, nesse momento eu tenho que usar o residente como plantonista médico, ele faz o plantão da Residência separado, porém ele tem, eu tenho contratado ele também pra fazer o plantão assistencial como médico, porém eu prefiro que seja ele a um clínico, porque já é um residente, já dentro do hospital, já ta se formando, já ta sabendo das coisas melhor, entendeu, então eu</p>	<p>UR. 23 (...)nesse momento eu tenho que usar o residente como plantonista médico, ele faz o plantão da Residência separado, porém ele tem, eu tenho contratado ele também pra fazer o plantão assistencial como médico(...)</p>	<p>Dificuldades na interação ensino-assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidade isolada do residente pela assistência

<p>prefiro ele, a mão de obra dele.</p>		
<p>UC. 12 Olha, o relacionamento entre o residente e o profissional médico é bom, é muito bom, é assim, temos um relacionamento bacana, fica aquela coisa e, aí completamos com (NÃO ENTENDI) uns com os outros, entendeu, o relacionamento, eu acho que não tem muito por enquanto relacionamento humano, entendeu, agora enquanto a... o relacionamento de ensinamento, de assistência, temos problemas por isso, porque, enquanto os profissionais que dizem: não recebo não faço nada, se ninguém interessa, que se faça, ou seja o preceptor, ninguém faz.</p>	<p>UR. 24 (...)agora enquanto a... o relacionamento de ensinamento, de assistência, temos problemas por isso, porque, enquanto os profissionais que dizem: não recebo não faço nada, se ninguém interessa, que se faça, ou seja o preceptor, ninguém faz.</p>	<p>Dificuldades na interação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades de pactuações com a preceptoria
<p>UC. 13 Tá, eu concordo plenamente com isso aqui, porém temos esse contra, o hospital tem uma alta demanda, é, que às vezes dá trabalho, porque tem muito trabalho que principalmente, não seria um problema, eu concordo com essa parte aqui e discordo deles, por quê? Porque ele tá, pois nesse horário ele tem um trabalho e não pode, porém ele tem à tarde, tem um trabalho pra ele se capacitar e pra ir atrás, entendeu, é, no hospital, preparar os casos, estudar e fora do horário é que tem que ir ali a dar um apoio enquanto ao trabalho, entendeu, e, é, creio que dificulta, às vezes, de manhã, ter uma relação preceptor-aluno, poder fazer, é, clube de revista, essa coisa bacana, que sempre não fazem todo dia aí pode, concordo com eles, porém enquanto a comparação, eles poderiam ter tempo de procurar outro horário pra fazer.</p>	<p>UR. 25 (...)Tá, eu concordo plenamente com isso aqui, porém temos esse contra, o hospital tem uma alta demanda, é, que às vezes dá trabalho, porque tem muito trabalho que principalmente, não seria um problema, eu concordo com essa parte aqui e discordo deles, por quê? Porque ele tá, pois nesse horário ele tem um trabalho e não pode, porém ele tem à tarde, tem um trabalho pra ele se capacitar e pra ir atrás,</p> <p>UR. 26 (...)creio que dificulta, às vezes, de manhã, ter uma relação preceptor-aluno, poder fazer, é, clube de revista, essa coisa bacana, que sempre não fazem todo dia aí pode, concordo com eles, porém enquanto a comparação, eles poderiam ter tempo de procurar outro horário pra fazer.</p>	<p>Boa interação ensino-assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adequação da rotina assistencial para o ensino <p>Boa interação ensino-assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adequação da rotina assistencial para o ensino
<p>UC. 14 Bom, os alunos chegam, o que eu observo, os alunos chegam e junto com o médico assistencial da, do nosso quadro pessoal, chegam, eles vão para a escala, aonde eles estão escalados, se é ambulatório, quem, quem supervisiona ambulatório é o próprio coordenador da residência, UTI, né, UTI, têm mais uns outros profissionais além do coordenador da residência que acompanham</p>	<p>UR. 27(...)o aluno chega, ele faz a interação com o paciente que faz a interação com o preceptor e pronto e os outros profissionais até confundem, às vezes, o residente como um profissional já contratado, dentro do serviço</p>	<p>Boa interação ensino-assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidade isolada do residente pela assistência

<p>residente, blocos, emergência, então ele tem uma escala de rodízio, o aluno vai rodando nesses setores, então quê que eu percebo, é, o aluno chega, ele faz a interação com o paciente que faz a interação com o preceptor e pronto e os outros profissionais até confundem, às vezes, o residente como um profissional já contratado, dentro do serviço, então isso se mistura, isso é muito confuso, têm muitas vezes que o preceptor não tem e o aluno acaba assumindo o papel do profissional que eu também acho que é errado, entendeu, então...</p>	<p>UR. 28(...) então isso se mistura, isso é muito confuso, têm muitas vezes que o preceptor não tem e o aluno acaba assumindo o papel do profissional que eu também acho que é errado, entendeu, então...</p>	<p>Boa interação ensino-assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidade isolada do residente pela assistência
<p>UC. 15 Bom, eu na parte assistencial de paciente internado, eu não sei quantos pacientes eles ficam, porque isso é uma interação dele com o preceptor, o que eu sei que, a responsabilidade do paciente internado é do preceptor e não do aluno, tá, agora aqui no ambulatório, eles só atendem quatro pacientes, atender quatro pacientes em quatro horas, eu creio que não seja um volume desarrazoável.</p>	<p>UR. 29 (...) agora aqui no ambulatório, eles só atendem quatro pacientes, atender quatro pacientes em quatro horas, eu creio que não seja um volume desarrazoável.</p>	<p>Boa interação ensino –assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adequação da rotina assistencial para o ensino
<p>UC. 16 Não, mas aqui na minha ótica, da minha ótica aqui, eu creio que eles não estejam sobrecarregados de forma alguma, eu acho que eles tão até um pouco sub-dimensionados, a gente poderia tá aproveitando mais, entendeu, por exemplo, agora nós estamos num período sazonal e a gente não conseguiu aumentar mais que, é, quatro pacientes e o preceptor também, que aí ele tá recebendo, por exemplo, aqui no caso do ambulatório, ele recebe como médico da unidade, mas por ele ser preceptor do ambulatório, ele também diminui a demanda dele, o preceptor só atende oito pacientes, enquanto deveria atender doze, então eu não vejo sobrecarga.</p>	<p>UR. 30 (...)eu creio que eles não estejam sobrecarregados de forma alguma, eu acho que eles tão até um pouco sub-dimensionados, a gente poderia tá aproveitando mais, entendeu</p> <p>UR. 31 (...) por ele ser preceptor do ambulatório, ele também diminui a demanda dele, o preceptor só atende oito pacientes, enquanto deveria atender doze, então eu não vejo sobrecarga</p>	<p>Boa interação ensino –assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adequação da rotina assistencial para o ensino <p>Boa interação ensino –assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adequação da rotina assistencial para o ensino
<p>UC. 17 O quê que eu penso? Não eu acho que a quantidade..assim, fazendo uma comparação do nosso serviço e dos serviços lá fora a nossa realidade é muito diferente. A quantidade de pacientes que nós temos aqui, que cada residente fica é muito pequena em relação a outros serviços fora. E eu acho q isso não atrapalha não, eu acho que a pessoa tem q buscar mesmo, a residência ela é uma situação que não é fácil, tanto é q poucos fazem, que conseguem realmente conciliar isso, e eu acho que isso não é impedimento não, a pessoa tem que ir atrás e estudar. Isso daí é que é importante.</p>	<p>UR. 32 (...)Não eu acho que a quantidade..assim, fazendo uma comparação do nosso serviço e dos serviços lá fora a nossa realidade é muito diferente. A quantidade de pacientes que nós temos aqui, que cada residente fica é muito pequena em relação a outros serviços fora. E eu acho q isso não atrapalha não, eu acho que a pessoa tem q buscar mesmo</p>	<p>Boa interação ensino-assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otimização do aprendizado pela assistência

	<p>UR. 33 (...)a residência ela é uma situação que não é fácil, tanto é q poucos fazem, que conseguem realmente conciliar isso, e eu acho que isso não é impedimento não, a pessoa tem que ir atrás e estudar. Isso daí é que é importante</p>	<p>Boa interação ensino-assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otimização do aprendizado pela assistência
<p>UC. 18 (...) eu acho que a pessoa também tem que ter um certo perfil de gostar desse tipo de trabalho, de gostar de ensinar, de gostar de... ter paciência, porque não é todo mundo que tem paciência. As pessoas querem chegar lá, fazer o seu trabalho, né, porque isso toma tempo, você ensinar, um procedimento que você faz rapidinho, quando você está com aluno ou residente você demora muito mais tempo. Então até mesmo a prescrição simples ela toma mais tempo.</p>	<p>UR. 34 (...)As pessoas querem chegar lá, fazer o seu trabalho, né, porque isso toma tempo, você ensinar, um procedimento que você faz rapidinho, quando você está com aluno ou residente você demora muito mais tempo. Então até mesmo a prescrição simples ela toma mais tempo.</p>	<p>Boa interação ensino –assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adequação da rotina assistencial para o ensino
<p>UC. 19 As coisas que mais atrapalham são essas, quando você tem uma assistência muito carregada que você não consegue dar atenção e quando você tem um despreparo prá receber o residente. No meu caso, eu tento driblar um pouquinho isso fazendo organização, sabe? Por exemplo, se eu estou com o residente, eu falo, olha, hoje eu sou preceptora, você é residente, você vai fazer a parte mais burocrática prá que eu possa te orientar. Então eu não fico fazendo aquela parte assistencial de ficar ali, escrevendo, alguma coisa assim. Mas eu acho que é isso sim.</p>	<p>UR. 35 (...)As coisas que mais atrapalham são essas, quando você tem uma assistência muito carregada que você não consegue dar atenção e quando você tem um despreparo prá receber o residente.</p> <p>UR. 36 (...)se eu estou com o residente, eu falo, olha, hoje eu sou preceptora, você é residente, você vai fazer a parte mais burocrática prá que eu possa te orientar. Então eu não fico fazendo aquela parte assistencial de ficar ali, escrevendo, alguma coisa assim.</p>	<p>Dificuldades na interação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga de trabalho assistencial • Despreparo do preceptor <p>Boa interação ensino –assistência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adequação da rotina assistencial para o ensino
<p>UC.20 Infelizmente isso me deixa um pouco envergonhada, é uma questão muito pessoal. Infelizmente alguns colegas, principalmente colegas mais antigos se recusam terminantemente à presença dos residentes, embora a maioria dos colegas entenda, eu acho que a maioria dos que passaram por formação acadêmica e que trabalharam em serviços de residência médica entendam, que todos nós concordamos que a presença do residente aqui faz muita diferença, na qualidade do</p>	<p>UR.37 (...) Infelizmente alguns colegas, principalmente colegas mais antigos se recusam terminantemente à presença dos residentes.</p> <p>UR.38 (...)Existem, assim, pessoas aqui, servidores, profissionais médicos e que se colocam contra, eles se</p>	<p>Dificuldades na interação ensino-assistência</p>

<p>atendimento, na quantidade do atendimento prestado, mas ainda sim, algumas “criaturinhas”, é, se colocam formalmente contra a presença do residente. Eu vejo como um contratempo. Se a grande maioria dos servidores, eu afirmo pra mim que a presença do residente não é importante, mas eu também me declaro contra a presença dele, é complexo. Existem, assim, pessoas aqui, servidores, profissionais médicos e que se colocam contra, eles se colocam contra numa maneira muito clara, não tenho e não desejo ter disponibilidade de interromper o meu atendimento pra orientar um médico menor capacitado que eu.</p>	<p>colocam contra numa maneira muito clara, não tenho e não desejo ter disponibilidade de interromper o meu atendimento pra orientar um médico menor capacitado que eu.</p>	
<p>UC.21 Bom, nós não temos uma realidade aqui de hospital universitário, né, mas eu quando tava fazendo a área de saúde, de enfermagem, eu fiz o estágio num hospital universitário, quê que eu vi? A experiência que eu tive, fiz enquanto estagiária num hospital universitário, parecia que eu estava num hospital de primeiro mundo, onde tudo era acessível ao estudante, todos os estudantes, né, é, tudo era muito organizado, tudo tinha uma finalidade voltada para o aprendizado, tinha uma finalidade, é, assistencial, existia essa simbiose, mas a gente via que tudo era cobrado com o objetivo de ensino e no hospital assistencial, a gente já não vê muito bem essas coisas, né, até o comportamento, ele é diferente e aqui na nossa realidade local nós não temos esse paralelo, esse paralelo eu trago de um outro estado, mais o que que a gente observa? Que existe a interação, que existe a discussão dos casos, que existe estudo clínico, que existe isso, que existe até uma postura ética diferenciada e no assistencial não, eu não consigo observar isso e também a gente vive no mundo do improviso, que isso também não é muito favorável a quem está num processo de aprendizagem.</p>	<p>UR. 39 (...)o que que a gente observa? Que (<i>no hospital universitário</i>) existe a interação, que existe a discussão dos casos, que existe estudo clínico, que existe isso, que existe até uma postura ética diferenciada e no assistencial não, eu não consigo observar isso e também a gente vive no mundo do improviso, que isso também não é muito favorável a quem está num processo de aprendizagem.</p>	<p>Dificuldades na interação ensino-assistência</p>

NÚCLEO PRECEPTORIA EM HOSPITAL ASSISTENCIAL

UNIDADE DE CONTEXTO	UNIDADE DE REGISTRO	CATEGORIA
<p>UC. 1 (sobre a contrapartida da gestão) Olha, é... a gestão eu vejo que anteriormente, não. Até porque existe um grupo pequeno de preceptores para o número de residentes que a gente tem. Eu acho que agora sim começou-se a entender – não está perfeito, está muito longe ainda do ideal – que dentro da carga horária daquele profissional que é concursado, que presta aquele trabalho, dentro do seu horário de concurso tem que haver espaço com esse residente. Eu acho que assim, não é o ideal mas eu acho que pelo que eu vi anteriormente, quando não gestão, o que a gente ouvia comentar, pelo que eu estou vendo agora, pelo menos com essa nova gestão que a gente tem aí como direção geral a gente está tentando ainda acertar. São coisas que a gente tem dificuldade porque a gente tem poucos profissionais até para cumprir o quadro da carga horária completa da unidade.</p>	<p>UR. 1(...)Olha, é... a gestão eu vejo que anteriormente, não. Até porque existe um grupo pequeno de preceptores para o número de residentes que a gente tem. UR. 2(...) Eu acho que agora sim começou-se a entender – não está perfeito, está muito longe ainda do ideal – que dentro da carga horária daquele profissional que é concursado, que presta aquele trabalho, dentro do seu horário de concurso tem que haver espaço com esse residente. UR. 3(...) São coisas que a gente tem dificuldade porque a gente tem poucos profissionais até para cumprir o quadro da carga horária completa da unidade.</p>	<p>Dificuldades operacionais na preceptoría:</p> <p>Necessidade de preceptores qualificados para a preceptoría</p> <p>Requisição de contrapartida da gestão</p> <p>Definição de carga horária</p> <p>Dificuldades operacionais na preceptoría:</p> <p>Escassez de profissionais para a demanda assistencial</p>
<p>UC. 2 (...) outra questão que ele coloca de ter espaço definido na carga horária, tem que ter, a gente está tentando começar a colocar isso, mas para isso a gente depende também de outras, de maior número de profissionais habilitados, mas eu acho que a pessoa para ser preceptor tem que ter uma residência, a gente não tem profissionais suficientes para assumir a demanda, a carga horária fica no caso, ficaria complicado, até pro preceptor.</p>	<p>UR. 4 (...) outra questão que ele coloca de ter espaço definido na carga horária, tem que ter, a gente está tentando começar a colocar isso,</p> <p>UR. 5 (...) mas para isso a gente depende também de outras, de maior número de profissionais habilitados, mas eu acho que a pessoa para ser preceptor tem que ter uma residência,</p>	<p>Requisição de contrapartida da gestão</p> <p>Definição de carga horária</p> <p>Dificuldades operacionais na preceptoría:</p> <p>Necessidade de preceptores qualificados para a preceptoría</p> <p>Dificuldades operacionais</p>

<p>remuneração, já que essa questão de ser remunerado via estadual ou você diminui a carga de trabalho, que seria já uma forma de você remunerar entre aspas, né, ou você essa compensação financeira pelo que você já faz, certo e aí a gente tem que estudar realmente um plano, a gente tem que sentar, não adianta eu achar que é e fazer uma coisa de qualquer jeito, tem que ser uma coisa que lá na frente, porque a gente é gestão mas é uma coisa passageira, hj a gente está e amanhã pode não estar, tem que ser um projeto bem fundamentado junto com toda a equipe prá que mudando a gestão continue, para que a residência só se fortaleça e a coisa dure, p ex, hj eu estou, a gente conseguiu, amanhã eu saí automaticamente o que foi planejado, acertado, também se perdeu.</p>	<p>que sentar, com os médicos que são preceptores, até prá fortalecer a própria residência para a gente estar vendo um outro plano, uma outra forma de remuneração</p> <p>UR. 10 (...)e aí a gente tem que estudar realmente um plano, a gente tem que sentar, não adianta eu achar que é e fazer uma coisa de qualquer jeito, tem que ser uma coisa que lá na frente, porque a gente é gestão mas é uma coisa passageira, hj a gente está e amanhã pode não estar, tem que ser um projeto bem fundamentado junto com toda a equipe prá que mudando a gestão continue, para que a residência só se fortaleça e a coisa dure, p ex, hj eu estou, a gente conseguiu, amanhã eu saí automaticamente o que foi planejado, acertado, também se perdeu.</p>	<p>contrapartida da gestão</p> <p>Remuneração da função de preceptor</p> <p>Requisição de contrapartida da gestão</p> <p>Planejamento conjunto</p>
<p>UC. 5 Olha, é a própria coreme que define, ela é que coloca que prá ser preceptor você tem que ter residência médica. Nós temos alguns profissionais que não têm residência médica, eles atuam em determinadas áreas mas eles não têm residência médica naquela especialidade. Então é bem definido pela própria residência até prá cumprir as normas do MEC que você tem que ter os profissionais que estejam habilitados para tal função. E uma outra coisa que foi colocada é que o profissional também tenha esse compromisso com a residência médica, não adianta você dizer que é preceptor e não cumprir o papel de preceptor. Tem que ter esse compromisso e realmente a gente não tem todos os profissionais habilitados para atuar com a residência e a gente também tem aqueles profissionais que já atuam na unidade há</p>	<p>UR. 11 (...)E uma outra coisa que foi colocada é que o profissional também tenha esse compromisso com a residência médica, não adianta você dizer que é preceptor e não cumprir o papel de preceptor. Tem que ter esse compromisso e realmente a gente não tem todos os profissionais habilitados para atuar com a residência (...)</p> <p>UR. 12 (...)que estariam tendo uma carga de trabalho maior e eu penso que é o contrário, eu acho que com o residente você se estimula, está sempre crescendo, e até</p>	<p>Dificuldades operacionais na preceptoria:</p> <p>Falta de compromisso com a função</p> <p>Necessidade de preceptores qualificados para a preceptoria</p> <p>Potencialidades da preceptoria</p> <p>Crescimento pessoal</p>

<p>muito mais tempo, né, que já têm mais de 20 anos de atuação que já têm aquele, estímulo de querer ser preceptor, de acompanhar os residentes, que estariam tendo uma carga de trabalho maior, e eu penso que é o contrário, eu acho que com o residente você se estimula, está sempre crescendo, e até diminui o seu trabalho porque você acaba dividindo um pouco da carga de atividade com o seu residente.</p>	<p>diminui o seu trabalho porque você acaba dividindo um pouco da carga de atividade com o seu residente.</p>	<p>Apoio operacional à assistência</p> <p>Otimização do trabalho assistencial</p>
<p>UC. 6 É bastante interessante porque o residente ele está num momento em que ele é aluno, apesar de já possuir um CRM, ele se coloca nesse papel de aluno, e portanto de ter liberdade de consultar, de perguntar, de tirar dúvidas. Diante dessa situação, o staff, o preceptor que está à frente dele tem que estar preparado prá responder os questionamentos, prá tirar as dúvidas, prá lidar com as situações. É muito comum que os preceptores busquem estar se atualizando, estar estudando para estarem aptos a conduzir os residentes. Por parte de ter alguém que está próximo com dúvidas, e também se preparando continuamente incentiva os preceptores a estar dessa mesma forma.</p>	<p>UR. 13 (...)É bastante interessante porque o residente ele está num momento em que ele é aluno, apesar de já possuir um CRM, ele se coloca nesse papel de aluno, e, portanto de ter liberdade de consultar, de perguntar, de tirar dúvidas. Diante dessa situação, o staff, o preceptor que está à frente dele tem que estar preparado prá responder os questionamentos, prá tirar as dúvidas, prá lidar com as situações.</p> <p>UR. 14 (...)É muito comum que os preceptores busquem estar se atualizando, estar estudando para estarem aptos a conduzir os residentes. Por parte de ter alguém que está próximo com dúvidas, e também se preparando continuamente incentiva os preceptores a estar dessa mesma forma.</p>	<p>Dificuldades operacionais na preceptoría</p> <p>Necessidade de preceptores qualificados para a preceptoría</p> <p>Dificuldades operacionais na preceptoría</p> <p>Necessidade de preceptores qualificados para a preceptoría</p>
<p>UC. 7 É.... essa questão toda, essa problemática toda existe porque não há uma determinação a nível estadual, da secretaria de saúde. Então cada unidade hospitalar, ela geriu esse problema, de maneira individualizada. Não havendo uniformidade sempre há comparação com o serviço alheio, é importante,</p>	<p>UR. 15 (...)É.... essa questão toda, essa problemática toda existe porque não há uma determinação a nível estadual, da secretaria de saúde. Então cada unidade hospitalar, ela geriu esse problema, de maneira individualizada.(...)É realmente em nossa unidade</p>	<p>Requisição de contrapartida da gestão</p> <p>Reconhecimento do seu papel</p> <p>Remuneração da função de preceptor</p>

<p>sempre existe aquela comparação de valores, se o seu serviço é melhor e o meu serviço é pior. É realmente em nossa unidade não existe uma remuneração a mais para os médicos que se propõem a ser preceptores. O nosso acordo com eles é uma redução de carga horária, e isso foi definido com uma reunião da direção junto com os médicos prá saber qual deles aceitaria uma redução de 8 horas na carga horária, onde essas 8 horas seriam revertidas para preparo de aulas, acompanhamento com os alunos, elaboração de provas, aplicação dessas provas, e com isso, daqueles que têm regime de 40 h, 8 seriam reduzidas, seriam cobradas da assistência somente 32, e assim sucessivamente em relação a cada carga horária. Os médicos que não são preceptores consideram isso uma afronta, porque a maioria das atividades são desenvolvidas ao longo da execução da sua própria carga horária. E mesmo assim os médicos preceptores mesmo tendo aceito também acham que não estão sendo remunerados a contento.</p>	<p>não existe uma remuneração a mais para os médicos que se propõem a ser preceptores.</p> <p>UR. 16 (...)O nosso acordo com eles é uma redução de carga horária, e isso foi definido com uma reunião da direção junto com os médicos prá saber qual deles aceitaria uma redução de 8 horas na carga horária, onde essas 8 horas seriam revertidas para preparo de aulas, acompanhamento com os alunos, elaboração de provas, aplicação dessas provas (...)</p> <p>UR. 17 (...)Os médicos que não são preceptores consideram isso uma afronta, porque a maioria das atividades são desenvolvidas ao longo da execução da sua própria carga horária. (...)E mesmo assim os médicos preceptores mesmo tendo aceito também acham que não estão sendo remunerados a contento.</p>	<p>Requisição de contrapartida da gestão</p> <p>Definição de carga horária Planejamento conjunto</p> <p>Requisição de contrapartida da gestão</p>
<p>UC. 8 (sobre a diferença entre PRM em hospital assistencial e universitário) Absolutamente nada, é o mesmo modelo, eu tive a oportunidade de ta em dois sistemas de residência, é, um na Universidade Federal Fluminense, porque era referência no Estado do Rio e num Hospital Particular, também no Rio de Janeiro com residência médica, é, os mesmos preceptores que não tinham diferença nenhuma, era, sabe, a mesma rotina, o mesmo aprendizado, a mesma carga horária, então, não vejo diferença nenhuma.</p>	<p>UR. 18 (...) os mesmos preceptores que não tinham diferença nenhuma, era, sabe, a mesma rotina, o mesmo aprendizado, a mesma carga horária, então, não vejo diferença nenhuma.</p>	<p>Não diferenciação com a preceptoria em hospital universitário</p>
<p>UC. 9 (...) a visão do preceptor, ele deveria ser, é, ele deveria ser remunerado</p>	<p>UR. 19 (...)a visão do preceptor, ele deveria ser, é,</p>	<p>Requisição de</p>

<p>de forma diferenciada, eu concordo, claro, ele ta fazendo o papel de preceptor, eu acho que ele tem um diferencial, né, mas ele poderia ser mais bem articulado. O quê que acontece hoje dentro da instituição? Eu tava até, porque eu tive oportunidade de participar do início, do primeiro momento da residência médica, uma residência que não teria, né, houve uma resistência de alguns médicos, porque eles achavam que eles iriam trabalhar mais, eles achavam que eles tinham que ficar tomando conta de médicos, né, e hoje a gente vê que o perfil é exatamente ao contrário, né, hoje já ta aprovado, todo mundo quer, todo mundo, é, já apóia e ta vinculado a esse, então num primeiro momento, isso, eles não queriam a residência médica, então eu acho que com isso, houve um movimento, a residência foi implantada, começou a residência com um convênio do MEC.</p>	<p>ele deveria ser remunerado de forma diferenciada, eu concordo, claro, ele ta fazendo o papel de preceptor, eu acho que ele tem um diferencial, mas ele poderia ser mais bem articulado.</p>	<p>contrapartida da gestão</p> <p>Remuneração da função de preceptor</p>
<p>UC. 10 Eu penso que a diferença maior seria se, em, é, na parte dos professores, entendeu, além de que, aquele que ta na universidade, é, os professores, todos vão ser remunerados, é, já tem aquele compromisso, que num hospital assistencial não, aqui a única pessoa que recebe é o coordenador, o resto praticamente todo mundo faz voluntário, então aquela coisa voluntária, sempre é voluntária, podia o profissional não tá pra mexer com residente não mexe, nem ensina, nem também controla o necessário, como a assistência, pontualidade, exceção das obrigações de todos os residentes. O hospital universitário tem essa mentalidade, eu penso</p>	<p>UR. 20 (...) aqui a única pessoa que recebe é o coordenador, o resto praticamente todo mundo faz voluntário, então aquela coisa voluntária, sempre é voluntária,</p> <p>UR. 21 (...)o profissional não tá pra mexer com residente não mexe, nem ensina, nem também controla o necessário, como a assistência, pontualidade, exceção das obrigações de todos os residentes. O hospital universitário tem essa mentalidade, eu penso.</p>	<p>Requisição de contrapartida da gestão</p> <p>Remuneração da função de preceptor</p> <p>Dificuldades operacionais na preceptoría</p> <p>Falta de compromisso com a função</p>
<p>UC. 11 Olha, não tem sido definida (a carga horária dos preceptores), pelo menos nesse hospital, de nenhum jeito, aqui a gente trabalha a parte da preceptoría voluntariamente, nesse momento até e eu acho que faz mais ou menos um ano, que tem por cada bloco, que não é em todos os blocos, é nos blocos mais assistenciais, tem um médico</p>	<p>UR. 22(...)Olha, não tem sido definida (a carga horária dos preceptores), pelo menos nesse hospital, de nenhum jeito, aqui a gente trabalha a parte da preceptoría voluntariamente,</p> <p>UR. 23 (...)faz mais ou</p>	<p>Requisição de contrapartida da gestão</p> <p>Definição de carga horária</p> <p>Requisição de</p>

<p>que é beneficiado com um salário mínimo por residente e por ser o responsável pela residência nesse bloco, que até isso muitas vezes dá aquela coisa que o outro profissional, então o responsável é o médico X, não é o Y, não é, e eu não vou fazer nada, o médico X está ganhando por isso, ele é que se encarregue da residência e não mexe com o residente, então eu penso que deveria ter uma coisa igualitária, pelo menos, pra todos os profissionais que trabalham diretamente com o residente, entende? E tem, existe a possibilidade de dar um incentivo a esse profissional pra que ele se dedique mais e faça um trabalho melhor.</p>	<p>menos um ano, que tem por cada bloco, que não é em todos os blocos, é nos blocos mais assistenciais, tem um médico que é beneficiado com um salário mínimo por residente e por ser o responsável pela residência nesse bloco,</p> <p>UR. 24 (...)que até isso muitas vezes dá aquela coisa que o outro profissional, então o responsável é o médico X, não é o Y, não é, e eu não vou fazer nada, o médico X está ganhando por isso, ele é que se encarregue da residência e não mexe com o residente, então eu penso que deveria ter uma coisa igualitária, pelo menos, pra todos os profissionais que trabalham diretamente com o residente, entende? E tem, existe a possibilidade de dar um incentivo a esse profissional pra que ele se dedique mais e faça um trabalho melhor.</p>	<p>contrapartida da gestão</p> <p>Remuneração da função de preceptor</p> <p>Requisição de contrapartida da gestão</p> <p>Remuneração da função de preceptor</p>
<p>UC. 12 É como eu falei, não tá definido (o papel de preceptor), entendeu, porque vamos supor, aqui o que dá trabalho é plantão, aí tá o plantão da manhã, da tarde e da noite, de tarde e de noite, não tem ninguém, não tem preceptor, tem alguns profissionais que por, é, conta própria eles gostam, se interessam, apóiam, dão incentivo, porém a maioria não dá, quem tem um pouquinho mais de compromisso é o pessoal da manhã, que é como eu te digo, esse Pediatra, cada bloco tem um profissional que se dedica, que se dedica sozinho a isso, tem um incentivo também salarial e eles se ocupam um pouquinho mais da residência, porém de manhã também tem mesmo profissionais, que nem mexe, nem participa e nem também faz nada</p>	<p>UR. 25 (...)É como eu falei, não tá definido (o papel de preceptor), (...)tem alguns profissionais que por, é, conta própria eles gostam, se interessam, apóiam, dão incentivo, porém a maioria não dá, quem tem um pouquinho mais de compromisso é o pessoal da manhã, que é como eu te digo, esse Pediatra, cada bloco tem um profissional que se dedica, que se dedica sozinho a isso, tem um incentivo também salarial e eles se ocupam um pouquinho mais da residência,</p>	<p>Requisição de contrapartida da gestão</p> <p>Reconhecimento do seu papel</p>

<p>enquanto a residência, igualmente, por quê? Porque isso não tá organizado,</p>	<p>UR. 26 (...)porém de manhã também tem mesmo profissionais, que nem mexe, nem participa e nem também faz nada enquanto a residência, igualmente, por quê? Porque isso não tá organizado,</p>	<p>Requisição de contrapartida da gestão Reconhecimento do seu papel</p>
<p>UC. 13 Olha, o relacionamento entre o residente e o profissional médico é bom, é muito bom, é assim, temos um relacionamento bacana, fica aquela coisa e, aí completamos com (incompreensível) uns com os outros, entendeu, o relacionamento, eu acho que não tem muito por enquanto relacionamento humano, entendeu, agora enquanto ao relacionamento de ensinamento, de assistência, temos problemas por isso, porque, enquanto os profissionais que dizem: não recebo não faço nada, se ninguém interessa que se faça, ou seja o preceptor, ninguém faz.</p>	<p>UR. 27 (...)enquanto ao relacionamento de ensinamento, de assistência, temos problemas por isso, porque, enquanto os profissionais que dizem: não recebo não faço nada, se ninguém interessa que se faça, ou seja o preceptor, ninguém faz.</p>	<p>Requisição de contrapartida da gestão Remuneração da função de preceptor Reconhecimento do seu papel</p>
<p>UC. 14 (...) o preceptor, ele é servidor do hospital, então, de repente, ele se sente sobrecarregado, ele não tem carga horária disponível pra preceptor e isso, às vezes também, isso não, com certeza sobrecarrega, deixa-o estressado, porque ele tem que cuidar dos pacientes e tem que cuidar dos alunos, né, e assim, o que que a direção gostaria de receber? Planejamento, eu vou receber quatro residentes aqui, o que que eles vão fazer, por onde vão passar, e isso até agora, pelo menos eu não tive essa oportunidade.</p>	<p>UR. 28 (...)o preceptor, ele é servidor do hospital, então, de repente, ele se sente sobrecarregado, ele não tem carga horária disponível pra preceptor e isso, às vezes também, isso não, com certeza sobrecarrega, deixa-o estressado, porque ele tem que cuidar dos pacientes e tem que cuidar dos alunos.</p>	<p>Requisição de contrapartida da gestão Definição de carga horária</p>
<p>UC. 15 (Sobre contrapartida da gestão para a preceptor) Que eu tenha conhecimento não. Não ao nível de município o que eu sei é ao nível de Universidade Federal. Eu não solicito nenhum pagamento a mais pra profissional aqui, pra fazer preceptor,</p>	<p>UR. 29 (...) (Sobre contrapartida da gestão para a preceptor) Que eu tenha conhecimento não. (...) Eu não solicito nenhum pagamento a mais pra profissional aqui, pra fazer preceptor,</p>	<p>Requisição de contrapartida da gestão Remuneração da função de preceptor</p>
<p>UC. 16 Eu acho que a meu ver isso é uma preocupação nossa e de repente até.....então eu acho que isso daí é uma preocupação que a gente vê atualmente e ao mesmo tempo é uma angústia, porque</p>	<p>UR. 30 (...) a gente quer realmente que a preceptor ela seja de repente até como você colocou aí colocada no organograma até como</p>	<p>Requisição de contrapartida da gestão Reconhecimento do seu papel</p>

<p>a gente quer realmente que a preceptoria ela seja de repente até como você colocou aí colocada no organograma até como maneira de sistematizar a função. E de repente até isso estimular a inserção de outros colegas a fazer parte dessa função que é, eu acho gostoso, eu gosto de fazer isso que eu faço. E eu acho que de repente só isso, através disso, dessa regularização da função, da sistematização do preceptor é q a gente vai conseguir essa motivação entre os colegas, só através disso. E aí eu acho que de repente os colegas colocaram isso daí porque essa é a nossa realidade aqui no nosso serviço, e de repente eles vêm dessa forma, que não é valorizado, que não é visto pela gestão, instituição, eu acho q foi por isso.</p>	<p>maneira de sistematizar a função.</p> <p>UR. 31 (...)E eu acho que de repente só isso, através disso, dessa regularização da função, da sistematização do preceptor é q a gente vai conseguir essa motivação entre os colegas, só através disso.</p>	<p>Requisição de contrapartida da gestão</p> <p>Reconhecimento do seu papel</p>
<p>UC. 17 Eu acho que o nó crítico mesmo é essa, essa informalidade e e digamos assim, você não tem uma determinada carga horária prá desempenhar como médico assistente e ao mesmo tempo o ensino, como médico preceptor. E eu acho que tudo isso daí ás vezes se confunde, ao mesmo tempo você está como médico preceptor e é chamado prá ver um paciente que está fora da sua área de preceptoria, eu acho que o nó de tudo isso aí é determinar, é sistematizar a tua carga horária como médico preceptor, como médico assistente. Eu acho que isso daí é o ponto principal de tudo. Se não tiver isso a coisa vai ficar dessa forma, quebrando galho, sendo feito...lógico q a gente tenta fazer da melhor forma mas mesmo assim não é o ideal, não é o adequado, nem prá um e nem prá outro, nem pro ensino e nem prá assistência.</p>	<p>UR. 32 (...)Eu acho que o nó crítico mesmo é essa, essa informalidade e e digamos assim, você não tem uma determinada carga horária prá desempenhar como médico assistente e ao mesmo tempo o ensino, como médico preceptor.</p> <p>UR. 33 (...)E eu acho que tudo isso daí ás vezes se confunde, ao mesmo tempo você está como médico preceptor e é chamado prá ver um paciente que está fora da sua área de preceptoria, eu acho que o nó de tudo isso aí é determinar, é sistematizar a tua carga horária como médico preceptor, como médico assistente. Eu acho que isso daí é o ponto principal de tudo.</p>	<p>Requisição de contrapartida da gestão</p> <p>Definição de carga horária</p> <p>Reconhecimento do seu papel</p> <p>Requisição de contrapartida da gestão</p> <p>Reconhecimento do seu papel</p>
<p>RELATOS PRECEPTORES</p>		
<p>UC. 18 Na verdade foi automático, porque, eu trabalhava num setor onde eu recebia tanto os internos quanto os residentes e como médica do plantão eu recebia esses alunos e estava ali</p>	<p>UR.34 (...)Na verdade foi automático eu trabalhava num setor onde eu recebia tanto os internos quanto os residentes e como médica</p>	<p>Apoio operacional à assistência</p> <p>Acompanhamento do</p>

disponível pra passar o conhecimento que eu tinha. Então foi... aí gradualmente eu fui adquirindo outras funções e assumindo mais o papel de preceptor.	do plantão eu recebia esses alunos e estava ali disponível pra passar o conhecimento que eu tinha. Então foi... aí gradualmente eu fui adquirindo outras funções e assumindo mais o papel de preceptor.	trabalho assistencial
UC. 19 É... eu acho que nós teríamos que ter regularmente atualizações e qualificação também para a parte de preceptoria assim de... como, instituir.. é vamos dizer um roteiro para ensino, a cobrar esse ensinamento que você dá, eu acho que falta tudo isso daí, entendeu, uma sequência lógica, toda uma rotina acadêmica dentro do serviço.	UR. 35 (...)eu acho que nós teríamos que ter regularmente atualizações e qualificação também para a parte de preceptoria assim de... como, instituir.. é vamos dizer um roteiro para ensino, a cobrar esse ensinamento que você dá UR.36 (...)eu acho que falta tudo isso daí, entendeu, uma sequência lógica, toda uma rotina acadêmica dentro do serviço.	Dificuldades operacionais na preceptoria Necessidade de preceptores qualificados para a preceptoria Dificuldades operacionais na preceptoria Falta de rotina acadêmica dentro do serviço
UC. 20 É porque o PRM em Infectologia é um programa novo, ne então o número de colegas infectologistas é reduzido no Estado de tal maneira que quase todo residente que se forma, que vira infectologista termina sendo preceptor do nosso programa de residência médica.	UR. 37 (...)quase todo residente que se forma, que vira infectologista termina sendo preceptor do nosso programa de residência médica.	Dificuldades operacionais na preceptoria Necessidade de preceptores qualificados para a preceptoria
UC.21 Olha, é um desafio constante. Porque nós temos a responsabilidade de ensinar, mas de ensinar bem. Então às vezes isso encontra com alguns obstáculos nessa preceptoria relacionados a más condutas ou de repente condutas que dão resultado mas não têm embasamento científico, estamos ensinando bem de acordo com a medicina baseada em evidências mas sempre respeitando a experiência de alguns colegas, mas é um desafio, um grande desafio que temos que estar sempre atualizados. Conto com alguns residentes que são muito interessados, em estarem atualizados então o nosso desafio é maior, de estar mais atualizados ainda para ensinar bem.	UR. 38 (...)Olha, é um desafio constante. Porque nós temos a responsabilidade de ensinar, mas de ensinar bem (...)mas é um desafio, um grande desafio que temos que estar sempre atualizados.	Dificuldades operacionais na preceptoria Necessidade de preceptores qualificados para a preceptoria
UC. 22 Bom, é todos estamos sabendo de um curso de preceptoria agora, ajuda,	UR. 39 (...)não só é se atualizar na parte é	Dificuldades operacionais

<p>ainda é o primeiro curso mas vai ter cursos posteriores, mas penso que não só é se atualizar na parte é científica da nossa área, assim, não somente esse curso de medicina tropical para ensinar o residente. Existe uma necessidade de treinamento pedagógico, nem toda pessoa que sabe um tema sabe ensinar esse tema, nem toda pessoa que tem interesse em ensinar tem a metodologia necessária que se precisa para ensinar. Acho que, além de treinamento na nossa área esses cursos pedagógicos, sobre metodologia de ensino, para complementar esse processo de ensino.</p>	<p>científica da nossa área, assim, não somente esse curso de medicina tropical para ensinar o residente. Existe uma necessidade de treinamento pedagógico, nem toda pessoa que sabe um tema sabe ensinar esse tema, nem toda pessoa que tem interesse em ensinar tem a metodologia necessária que se precisa para ensinar.</p> <p>UR. 40 (...)Acho que, além de treinamento na nossa área esses cursos pedagógicos, sobre metodologia de ensino, para complementar esse processo de ensino.</p>	<p>na preceptoria</p> <p>Necessidade de preceptores qualificados para a preceptoria</p> <p>Dificuldades operacionais na preceptoria</p> <p>Necessidade de preceptores qualificados para a preceptoria</p>
<p>UC. 23 É...vc tem um incentivo para se atualizar, pq no serviço público, aqui em Roraima principalmente a gente é meio nivelado todo mundo por baixo, a pessoa que tem um nível técnico inferior ao seu ganha a mesma coisa, é valorizado do mesmo jeito que vc. Com a residência isso não. Com a preceptoria vc tem a necessidade de passar para o seu residente o que é o certo e vc acaba melhorando, vc melhora o conhecimento, e... sua atualização. É... outro aspecto que eu acho importante também, e também voltando, é realmente a necessidade de crescer, vai ter que crescer, alguma hora e a gente vai precisar de mão de obra. Não adianta montar um centro cirúrgico abastado, cheio de equipamentos se tu não vai ter profissional, vai ficar refém de alguns profissionais também. Então, suprir a necessidade dessas pessoas aqui acho muito importante</p>	<p>UR. 41 É...vc tem um incentivo para se atualizar (...)Com a preceptoria vc tem a necessidade de passar para o seu residente o que é o certo e vc acaba melhorando, vc melhora o conhecimento, e... sua atualização.</p>	<p>Potencialidades da preceptoria</p> <p>Crescimento pessoal</p> <p>Apoio operacional à assistência</p> <p>Otimização do trabalho assistencial</p>
<p>UC. 24 Eu acho que para incentivar o preceptor é isso, eu tenho que ter uma atualização de qualidade para esses preceptores, não posso simplesmente largar aqui, ensino e acabou. Eu acho que o hospital, a secretaria, eles não têm noção disso mas eles têm uma dívida</p>	<p>UR.42 (...)Eu acho que para incentivar o preceptor é isso, eu tenho que ter uma atualização de qualidade para esses preceptores, não posso simplesmente largar aqui, ensino e acabou. Eu</p>	<p>Requisição de contrapartida da gestão</p> <p>Reconhecimento do seu papel</p>

<p>enorme conosco. E não tão vendo isso, vc está entendendo? Pode chegar uma hora que o cara... ah, não quero mais, cansei, pq, mas a dívida, eu acho, a dívida do hospital, da sociedade conosco é muito, muito grande, ta. E eu acho que isso era o mínimo, era uma atualização dos seus preceptores, sem falar da parte remuneratória que nós não temos, não vamos nem falar nisso agora. Mas eu acho que vc pegar, vc vai, fazer esse curso lá, nós vamos pagar para vc, prá estudar gente, não é prá passear... eu acho que isso sim estimula. Qualquer um, até o mais velho que estiver aqui, se for, não, ó doutor, vai fazer esse curso lá, tal, ele volta aki com outra cabeça, volta se sentindo melhor, mais valorizado, porque não tem, que incentivo nós temos como preceptor aqui? NE- NHUM.</p>	<p>acho que o hospital, a secretaria, eles não têm noção disso mas eles têm uma dívida enorme conosco. E não tão vendo isso, vc está entendendo? Pode chegar uma hora que o cara... ah, não quero mais, cansei, pq, mas a dívida, eu acho, a dívida do hospital, da sociedade conosco é muito, muito grande, ta.</p> <p>UR. 43(...)E eu acho que isso era o mínimo, era uma atualização dos seus preceptores, sem falar da parte remuneratória que nós não temos, (...)que incentivo nós temos como preceptor aqui? NE- NHUM.</p>	<p>Requisição de contrapartida da gestão</p> <p>Remuneração da função de preceptor</p>
<p>UC.25 (...)quando eu terminei a residência em 2010, assim que terminou eu disse não, agora vou meter a cara e vou fazer a prova de título pela sociedade de especialidade, NE? Graças a Deus consegui ser aprovada (...) E depois da residência a gente foi convidada para fazer parte da preceptoría e aí comecei em 2011 e estou até hj.</p>	<p>UR.44 (...)E depois da residência a gente foi convidada para fazer parte da preceptoría e aí comecei em 2011 e estou até hj.</p>	<p>Apoio operacional à assistência</p> <p>Acompanhamento do trabalho assistencial</p>
<p>UC. 26 (...)Logo que eu vim trabalhar em RR em 1998 quando a universidade estava abrindo o curso de Medicina aqui, eles estavam precisando de professores colaboradores e desde aí que eu já comecei a me envolver com essa parte de educação. (...) Então, assim, é... eu sempre gostei dessa área, e mesmo sem estar... é porque antigamente eu nós não tínhamos um compromisso oficial da preceptoría, nunca... sempre estava envolvida nisso.</p>	<p>UR.45 (...)eu sempre gostei dessa área, e mesmo sem estar... é porque antigamente eu nós não tínhamos um compromisso oficial da preceptoría, nunca... sempre estava envolvida nisso.</p>	<p>Apoio operacional à assistência</p> <p>Acompanhamento do trabalho assistencial</p>

<p>UC 27. Ah, o preceptor de residência ele é aquela pessoa que dá, tanto o suporte técnico para o seu residente, dá uma segurança para o seu residente por exemplo, para o seu r2, r3 fazer o procedimento sozinho, mas ele dá uma segurança, um suporte técnico, como também, que não só aqui mas algumas residências isso é muito.... tem que dar o suporte ético, Também, para o aluno, ele tem que ter tanto o técnico como o ético para aquele aluno.</p>	<p>UR. 46(...) Ah, o preceptor de residência ele é aquela pessoa que dá, tanto o suporte técnico para o seu residente, dá uma segurança para o seu residente por exemplo, para o seu r2, r3 fazer o procedimento sozinho, (...)</p> <p>UR. 47 (...) tem que dar o suporte ético, Também, para o aluno, ele tem que ter tanto o técnico como o ético para aquele aluno. (...)</p>	<p>Potencialidades da preceptoria Desenvolvimento do papel de educador Apoio operacional à assistência Segurança através de apoio técnico aos residentes</p> <p>Potencialidades da preceptoria Desenvolvimento do papel de educador Orientação ética aos residentes</p>
<p>UC. 28 Ele (o preceptor) tem que estar ativamente trabalhando no setor, ele tem que ter essa vontade de passar o que ele sabe não só a parte científica, mas infelizmente a gente recebe gente de tudo que é lugar, de tudo que é educação, e eu já vi pessoas mudarem o seu estilo de vida depois que passam por uma preceptoria assim mais junta, né. Você vê que tem residentes que andam sozinhos, mas tem uns que você tem que grudar alguém nele pra poder ele... tomar o rumo aí direito. Então acho que não só a parte científica mas a parte aí mesmo de... é quase trabalhar de novo aquela personalidade, aquele contato que o residente vai ter com o paciente, na ginecologia é muito importante.</p>	<p>UR.48 (...)Ele tem que estar ativamente trabalhando no setor, ele tem que ter essa vontade de passar o que ele sabe não só a parte científica (...)e eu já vi pessoas mudarem o seu estilo de vida depois que passam por uma preceptoria assim mais junta</p> <p>UR 49. (...) não só a parte científica mas a parte aí mesmo de... é quase trabalhar de novo aquela personalidade, aquele contato que o residente vai ter com o paciente.</p>	<p>Potencialidades da preceptoria Orientação ética aos residentes</p> <p>Potencialidades da preceptoria Orientação ética aos residentes</p>
<p>UC. 29 A gente tem muito processo, a gente tem muito, e a maioria por falta de relacionamento, NE e a gente precisa estar passando isso também para o menino. A parte de ética é importantíssima, então a gente quase que tem que esculpir de novo aquele médico que sai bruto lá prá ser obstetra.</p>	<p>UR 50. (...) A parte de ética é importantíssima, então a gente quase que tem que esculpir de novo aquele médico que sai bruto lá prá ser obstetra.</p>	<p>Potencialidades da preceptoria Orientação ética aos residentes</p>
<p>UC. 30 É eu acho que a gente tem, tem aquelas pessoas que têm já uma aptidão de estar... tem gente que não está p.ex na</p>	<p>UR.51 (...)tem gente que não está p.ex na preceptoria pq não quer...não gosta de</p>	<p>Dificuldades operacionais na preceptoria Falta de compromisso com</p>

<p>preceptorial pq não quer...não gosta de se comprometer com as aulas teóricas, né? Mas eu sinto que a gente tem que estar estimulando o preceptor e é nessa parte a gente pode estimular na parte de capacitação, está todo mundo muito empolgado com esse curso que vai ter agora esse ano, e infelizmente todos não puderam fazer mas, mas, o pessoal que vai fazer que já é um povo comprometido, eles vão ficar muito mais, é estimulados a estar fazendo a preceptorial.</p>	<p>se comprometer com as aulas teóricas, né?</p> <p>UR.52 (...)Mas eu sinto que a gente tem que estar estimulando o preceptor e é nessa parte a gente pode estimular na parte de capacitação.</p>	<p>a função</p> <p>Dificuldades operacionais na preceptorial</p> <p>Necessidade de preceptores qualificados para a preceptorial</p>
<p>UC. 31 Ao início quando estava no mestrado na UNB éramos encaminhados como parte do mestrado a dar algumas aulas para os alunos e nesse intermédio eu me transformei em preceptor de RM, inclusive até dos alunos que estavam em graduação e posteriormente quando cheguei no estado que já tinha uma bagagem um pouquinho maior fui convidado para participar porque não tinha muito preceptor titulado aqui, então eu me acrescentei à equipe.</p>	<p>UR. 53 Ao início quando estava no mestrado na UNB éramos encaminhados como parte do mestrado a dar algumas aulas para os alunos e nesse intermédio eu me transformei em preceptor de RM, inclusive até dos alunos que estavam em graduação e posteriormente quando cheguei no estado que já tinha uma bagagem um pouquinho maior fui convidado para participar porque não tinha muito preceptor titulado aqui, então eu me acrescentei à equipe.</p>	<p>Apoio operacional à assistência</p> <p>Acompanhamento do trabalho assistencial</p>
<p>UC.32 É uma situação difícil porque nossa carga horária de concurso é uma e nos demanda tirar carga horária do concurso para ensinar, não há nenhum benefício pecuniário, o benefício é só em carga horária, que termina sendo pouco há vista que todo o tempo, 24 h que tu faz plantão que não é pelo concurso tu termina sendo preceptor tb, isso por um lado. Por outro lado a preceptorial demanda uma série de situações: aulas que têm que ser preparadas, revistas, lições, chamadas de atenção, correções de atitudes, então é uma situação bem complexa na qual a gente precisa ter uma bagagem maior que não somente a bagagem acadêmica. Precisamos de orientação que eu acho</p>	<p>UR.54 É uma situação difícil porque nossa carga horária de concurso é uma e nos demanda tirar carga horária do concurso para ensinar, não há nenhum benefício pecuniário, o benefício é só em carga horária, que termina sendo pouco há vista que todo o tempo, 24 h que tu faz plantão que não é pelo concurso tu termina sendo preceptor tb, isso por um lado.</p> <p>UR. 55 Por outro lado a preceptorial demanda uma</p>	<p>Requisição de contrapartida da gestão</p> <p>Definição de carga horária</p> <p>Remuneração da função de preceptor</p> <p>Potencialidades da preceptorial</p> <p>Desenvolvimento do papel de educador</p> <p>Orientação ética aos</p>

<p>que é desse curso, que se está patrocinando pela ABEM.</p>	<p>série de situações: aulas que têm que ser preparadas, revistas, lições, chamadas de atenção, correções de atitudes, então é uma situação bem complexa na qual a gente precisa ter uma bagagem maior que não somente a bagagem acadêmica. Precisamos de orientação que eu acho que é desse curso, que se está patrocinando pela ABEM.</p>	<p>residentes</p> <p>Dificuldades operacionais na preceptoria</p> <p>Necessidade de preceptores qualificados para a preceptoria</p>
<p>UC. 33 Então isso por um lado, e por outro lado outra coisa que é importante a gente resolver é algumas questões inerentes à residência porque, como cada uma unidade é independente para tomar atitudes, e o MEC dá só uma orientação básica, às vezes as orientações básicas nos deixam com o pé atrás para tomar algumas atitudes, enquanto como organizar, em que momento eu dizer para alguém que até aqui está bom que não pode continuar desse jeito, ou como eu estimular alguém que está desestimulado, fora da parte acadêmica, volto a repetir.</p>	<p>UR.56 Então isso por um lado, e por outro lado outra coisa que é importante a gente resolver é algumas questões inerentes à residência porque, como cada uma unidade é independente para tomar atitudes, e o MEC dá só uma orientação básica, às vezes as orientações básicas nos deixam com o pé atrás para tomar algumas atitudes, enquanto como organizar, em que momento eu dizer para alguém que até aqui está bom que não pode continuar desse jeito, ou como eu estimular alguém que está desestimulado, fora da parte acadêmica, volto a repetir.</p>	<p>Dificuldades operacionais na preceptoria</p> <p>Necessidade de preceptores qualificados para a preceptoria</p>
<p>UC. 34 Nós temos alguns residentes, e creio que deve ser em alguns outros lugares igual, que têm evoluído muito pouco, repetido constantemente 1 ou 2 módulos, inclusive tem residentes que repetiram o 1º ano 2 vezes, e para não serem expulsos da residência largaram e fizeram prova de novo para a mesma área. Eu não sei que tanto o MEC suporta isso, e como muita gente não tem aquela situação de querer ser impositivo que eu acho que precisa, residência eu vou formar um colega que vai dividir espaço comigo, se ele não souber, eu vou me prejudicar. Então eu preciso que</p>	<p>UR 57. (...)e como muita gente não tem aquela situação de querer ser impositivo que eu acho que precisa, residência eu vou formar um colega que vai dividir espaço comigo, se ele não souber, eu vou me prejudicar. Então eu preciso que aprende, na comunidade em geral. De vez em quando chamar atenção, punir com faltas, ou de repente se ele repetiu 3 ou 4 rodízios do mesmo</p>	<p>Potencialidades da preceptoria</p> <p>Desenvolvimento do papel de educador</p> <p>Orientação ética aos residentes</p>

<p>aprende, na comunidade em geral. De vez em quando chamar atenção, punir com faltas, ou de repente se ele repetiu 3 ou 4 rodízios do mesmo rodízio está em zero, não melhora, não há vantagem, solicitar ou encaminhar para ele ser desligado.</p>	<p>rodízio está em zero, não melhora, não há vantagem, solicitar ou encaminhar para ele ser desligado.</p>	
<p>UC. 35 Então eu gostaria por exemplo que se algo pode trazer benefícios, é aquelas situações onde eu posso esperar para que alguém chegue a um nível e quando devo chegar e dizer olha, não estamos conseguindo, acho que tua área não é essa, acho que tu deveria rever conceitos, até aqui chegou. Talvez essa situação ainda não aprendemos a lidar para poder resolver algumas situações desse tipo.</p>	<p>UR. 58 (...) quando devo chegar e dizer olha, não estamos conseguindo, acho que tua área não é essa, acho q tu deveria rever conceitos, até aqui chegou.</p>	<p>Potencialidades da preceptoria</p> <p>Desenvolvimento do papel de educador</p>
<p>UC.36 Preceptoria, eu acho que foi algo natural, quando retornamos da nossa especialidade, é de Clínica Médica e de Reumatologia, como nós temos uma carência de preceptores, é, quer dizer, nós nos inserimos no programa, através do trabalho cotidiano, nós nos inserimos no programa de residência de Clínica Médica, durante todo esse período e, é, esperamos que logo, logo tenha mais direcionado para a área Reumato.</p>	<p>UR. 59 Preceptoria, eu acho que foi algo natural, quando retornamos da nossa especialidade, é de Clínica Médica e de Reumatologia, como nós temos uma carência de preceptores, é, quer dizer, nós nos inserimos no programa, através do trabalho cotidiano, nós nos inserimos no programa de residência de Clínica Médica,</p>	<p>Apoio operacional à assistência</p> <p>Acompanhamento do trabalho assistencial</p>
<p>UC. 37 O papel de preceptoria ele nos motiva é no sentido de vc estar passando um pouco de informação, contribuindo para a formação, daquele pós-graduando qualificando esse residente, participando na melhoria da assistência médica aqui na nossa comunidade.</p>	<p>UR.60 O papel de preceptoria ele nos motiva é no sentido de vc estar passando um pouco de informação, contribuindo para a formação, daquele pós-graduando qualificando esse residente, participando na melhoria da assistência médica aqui na nossa comunidade.</p>	<p>Potencialidades da preceptoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento do papel de educador
<p>UC.38 Olha, é, é bastante motivador, bastante estimulante, uma vez que isso faz com que a gente fique permanentemente num processo de atualização, médica, e é, buscando novos desafios para melhorar cada vez mais a nossa realidade médica, a questão técnica, contribuindo para o crescimento</p>	<p>UR.61 Olha, é, é bastante motivador, bastante estimulante, uma vez que isso faz com que a gente fique permanentemente num processo de atualização, médica, e é, buscando novos desafios para melhorar cada</p>	<p>Potencialidades da preceptoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crescimento pessoal <p>Apoio operacional à assistência</p>

dessa questão da formação médica.	vez mais a nossa realidade médica, a questão técnica, contribuindo para o crescimento dessa questão da formação médica.	Otimização do trabalho assistencial
UC.39 Quando eu saí da residência médica eu já fui logo contratada pelo Hospital de Clínicas da Universidade. Aí eu já fui contratada pra trabalhar no pronto socorro e ali a gente já tinha contato com aluno do sexto ano, residente do primeiro e segundo ano, até do terceiro ano, que já tinha duas áreas, intensiva e neonatologia, a gente já tinha esse contato.	UR.62 (...) Aí eu já fui contratada pra trabalhar no pronto socorro e ali a gente já tinha contato com aluno do sexto ano, residente do primeiro e segundo ano, até do terceiro ano, que já tinha duas áreas, intensiva e neonatologia, a gente já tinha esse contato.	Apoio operacional à assistência Acompanhamento do trabalho assistencial
UC.40 Ahahahaha, eu acho que é uma grande satisfação. Pra mim assim é uma maneira, eu vejo assim, como todo o intuito né, que sempre foi assim, aquela coisa de passar pra frente, de procurar dar o melhor, de procurar assim, era um estímulo pra mim, pra estudar, era um grande estímulo porque assim, ficava feio né não ter aquele conhecimento. Vc vai, vc estuda mais, vc está sempre ali à disposição, sempre foi extremamente prazeroso. E assim, ver os frutos, né, de ver gente que formou, que veio dali e dali fez especialidade, e que volta pra trabalhar junto já com formação, então assim, é uma vivência muito...faz parte da nossa vida mesmo.	UR.63 (...) aquela coisa de passar pra frente, de procurar dar o melhor, de procurar assim, era um estímulo pra mim, pra estudar, era um grande estímulo porque assim, ficava feio né não ter aquele conhecimento. Vc vai, vc estuda mais, vc está sempre ali à disposição, sempre foi extremamente prazeroso. E assim, ver os frutos, né, de ver gente que formou, que veio dali e dali fez especialidade, e que volta pra trabalhar junto já com formação, então assim, é uma vivência muito...faz parte da nossa vida mesmo.	Potencialidades da preceptoria Desenvolvimento do papel de educador
UC. 41 É, no início, quando vc faz muito a parte assistencial, vc... é... eu acredito que a pessoa tem que ser um pouco talhada pra aquilo, né, ela tem que já ter um certo interesse em se tornar um preceptor, né. E aí, eu acho assim, que no meu caso, fui assim me espelhando. Então eu pegava aquele professor que eu gostava e que eu via como ele foi comigo durante a residência, eu falava: bom, se ele é um bom professor e eu gosto dele então eu vou me espelhar no que ele é pra poder fazer o meu trabalho. Então eu me espelhava muito nesse professor que eu gostava. Então era aquela pessoa que	UR. 64 (...) É, no início, quando vc faz muito a parte assistencial, vc... é... eu acredito que a pessoa tem que ser um pouco talhada pra aquilo, né, ela tem que já ter um certo interesse em se tornar um preceptor, né. UR.65 (...) E aí, eu acho assim, que no meu caso, fui assim me espelhando. Então eu pegava aquele professor que eu gostava e que eu via como ele foi comigo durante	Potencialidades da preceptoria Desenvolvimento do papel de educador

<p>puxava, que discutia, que ia atrás. Então eu fiz isso muito espelhando. Mas eu acho que a gente pode, quando a pessoa não tem essa vivência ela vai estar inserida num ambiente assim vai dar prá ela prá vc virar e falar assim: então vamos fazer um treinamento dessa pessoa para que ela aprenda a fazer o seu trabalho.</p>	<p>a residência, eu falava: bom, se ele é um bom professor e eu gosto dele então eu vou me espelhar no que ele é prá poder fazer o meu trabalho. Então eu me espelhava muito nesse professor que eu gostava. Então era aquela pessoa que puxava, que discutia, que ia atrás. Então eu fiz isso muito espelhando.</p> <p>UR.66 (...) Mas eu acho que a gente pode, quando a pessoa não tem essa vivência ela vai estar inserida num ambiente assim vai dar prá ela prá vc virar e falar assim: então vamos fazer um treinamento dessa pessoa para que ela aprenda a fazer o seu trabalho.</p>	<p>Potencialidades da preceptoria</p> <p>Desenvolvimento do papel de educador</p> <p>Dificuldades operacionais na preceptoria</p> <p>Necessidade de preceptores qualificados para a preceptoria</p>
<p>UC. 42 (...)mas tem gente que não tem, tem gente que acha que é só aquela coisa então eu acho importante sim que se faça um treinamento. xxxxxdaria, mas eu acho que a pessoa também tem que ter um certo perfil de gostar desse tipo de trabalho, de gostar de ensinar, de gostar de... ter paciência, porque não é todo mundo que tem paciência. As pessoas querem chegar lá, fazer o seu trabalho, né, porque isso toma tempo, vc ensinar, um procedimento que vc faz rapidinho, quando vc está com aluno ou residente vc demora muito mais tempo. Então até mesmo a prescrição simples ela toma mais tempo. Então eu acredito que a pessoa tem que ter um certo perfil também.</p>	<p>UR. 68 (...) mas eu acho que a pessoa também tem que ter um certo perfil de gostar desse tipo de trabalho, de gostar de ensinar, de gostar de... ter paciência, porque não é todo mundo que tem paciência. As pessoas querem chegar lá, fazer o seu trabalho, né, porque isso toma tempo, vc ensinar, um procedimento que vc faz rapidinho, quando vc está com aluno ou residente vc demora muito mais tempo. Então até mesmo a prescrição simples ela toma mais tempo. Então eu acredito que a pessoa tem que ter um certo perfil também.</p>	<p>Potencialidades da preceptoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento do papel de educador
<p>UC. 43 O outro fator que atrapalha, não é o meu caso, mas eu acho que realmente é o fator do preceptor que não sabe ser preceptor. Ele não foi treinado, ele não sabe o que fazer com o residente. Ele</p>	<p>UR. 69 (...) O outro fator que atrapalha, não é o meu caso, mas eu acho que realmente é o fator do preceptor que não sabe ser</p>	<p>Dificuldades operacionais na preceptoria</p> <p>Necessidade de preceptores qualificados</p>

<p>acha que o residente está ali ele vai ficar só olhando e, não é prá isso, o residente está ali prá olhar mas está ali prá resolver, prá discutir, prá ver o que você pensa, o que o outro pensa, então eu acho que essa é uma das coisas que atrapalha. As coisas que mais atrapalham são essas, quando você tem uma assistência muito carregada que você não consegue dar atenção e quando você tem um despreparo prá receber o residente. No meu caso, eu tento driblar um pouquinho isso fazendo organização, sabe? Por exemplo, se eu estou com o residente, eu falo, olha, hoje eu sou preceptora, você é residente, você vai fazer a parte mais burocrática prá que eu possa te orientar. Então eu não fico fazendo aquela parte assistencial de ficar ali, escrevendo, alguma coisa assim. Mas eu acho que é isso sim.</p>	<p>preceptor. Ele não foi treinado, ele não sabe o que fazer com o residente. Ele acha que o residente está ali ele vai ficar só olhando e, não é prá isso, o residente está ali prá olhar mas está ali prá resolver, prá discutir, prá ver o que você pensa, o que o outro pensa, então eu acho que essa é uma das coisas que atrapalha.</p>	<p>para a preceptoria</p>
--	---	---------------------------