

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

GABRIEL ROSCHEL MATOS

PRÁTICA PROFISSIONAL NA FORMAÇÃO MÉDICA E A PRECEPTORIA:

Narrativa de um estudante de graduação, 2016-2021

São Carlos

2021

GABRIEL ROSCHEL MATOS

PRÁTICA PROFISSIONAL NA FORMAÇÃO MÉDICA E A PRECEPTORIA:

Narrativa de um estudante de graduação, 2016-2021

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Graduação em Medicina do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos, como requisito parcial para obtenção do título de Médico.

**Profa. Me. Renata Giannecchini Bongiovanni
Kishi – orientadora**

São Carlos

2021

**Dedico a Henrique,
meu filho e minha inspiraço.**

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso configura-se uma narrativa autobiográfica, em que explanarei sobre minhas vivências no curso de graduação em Medicina na Universidade Federal de São Carlos, entre os anos de 2016 e 2021.

Este trabalho representa uma síntese do desenvolvimento de minha prática profissional no curso de Medicina, a partir de meus registros escritos em portfólio reflexivo e de recordações de vivência com o contato com pacientes, docentes, preceptores e residentes médicos. Nele, irei sintetizar algumas vivências de minha trajetória de formação e a influência do papel da preceptoria médica nesta, conforme o Projeto Pedagógico do Curso de Medicina UFSCar orienta.

Palavras-chave: Educação médica. Preceptoria. Medicina narrativa.

ABSTRACT

This Final Paper is an autobiographical narrative, in which I will explain my experiences in the undergraduate course in Medicine at the Federal University of São Carlos, between 2016 and 2021.

This work represents a synthesis of my professional practice development in the Medicine course, based on my written records in a reflective portfolio and memories with patients, professors, tutors and medical residents. In it, I will synthesize some experiences of my training trajectory and the influence of the role of medical preceptorship in this, as the Political Pedagogical Project of Medicine UFSCar guides.

Keywords: Medical education. Preceptorship. Narrative medicine.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	6
1. INTRODUÇÃO	7
2. METODOLOGIA	11
3. RESULTADOS	12
3.1. PRIMEIRO CICLO	14
3.2. SEGUNDO CICLO	19
3.3. TERCEIRO CICLO	23
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
5. REFERÊNCIAS	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAD	Atividade Auto Dirigida
COVID-19	Coronavirus Disease 19 ou Doença por Coronavirus 19
EAD	Ensino a Distância
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ES	Estação de Simulação
HU	Hospital Universitário da UFSCar
OMS	Organização Mundial da Saúde
PP	Prática Profissional
PPP	Projeto Político Pedagógico
RP	Reflexão da Prática
SAI	Saúde do Adulto e Idoso
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SFC	Saúde da Família e Comunidade
SMu	Saúde da Mulher
SMU	Serviço Médico de Urgência
SP	Situação Problema
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USE	Unidade de Saúde Escola
USF	Unidade de Saúde da Família

1. INTRODUÇÃO

O ensino de graduação em Medicina tem o objetivo de formar um *“médico generalista, humanista, crítico e reflexivo; capacitado a atuar eticamente, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção (...) com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”*. (BRASIL, MEC, 2014). Para esse objetivo, o preceptor se insere, como um profissional da área médica, mais experiente, que auxilia o estudante em formação integral.

“A preceptoría em saúde é uma atividade desenvolvida pelos profissionais de saúde junto aos alunos de graduação e nas diversas modalidades de residências (médicas, multiprofissionais e uniprofissionais). O preceptor muitas vezes confundido com o tutor, orientador, professor, se queixa de que não sabe qual é o seu papel. Muitos autores têm dedicado a definir o papel do preceptor, no entanto não chegam a um consenso.” (TEIXEIRA et al, 2018)

O preceptor é o professor responsável por conduzir e supervisionar, por meio de orientação e acompanhamento, o desenvolvimento dos alunos na prática profissional. No caso da Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), *“a Prática Profissional é desenvolvida durante todo o curso, ampliando a aprofundando o domínio e autonomia na realização dos desempenhos focalizados em cada ano letivo e ciclo”*. (MEDICINA UFSCAR, 2007, p. 18).

Na Unidade Educacional de Prática Profissional – UEPP, o confronto direto com a realidade é o elemento disparador do processo ensino-aprendizagem. Nesse sentido, é desenvolvida em cenários reais e focaliza o desenvolvimento, em contexto, da prática profissional e requer a inserção do preceptor como profissional de saúde no cenário em questão. (idem, ibidem)

A Prática Profissional, assim como o curso de Medicina, divide-se em três ciclos. O primeiro ciclo da Prática foca em um cenário real: a área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de São Carlos, considerando-se o território geográfico, os domicílios e todos os equipamentos sociais nos quais se poderão desenvolver ações de produção de saúde.

Nas USF os estudantes trabalham em pequenos grupos de 10 alunos com um preceptor, vinculado ao serviço de saúde em questão, o médico da USF. Assim, o primeiro preceptor com que temos contato é o médico da USF em que somos alocados desde a primeira semana do curso. Durante os dois primeiros ciclos, que englobam os quatro primeiros anos do curso, acompanhamos o total de dez famílias na Atenção Básica, atendidas pela USF em questão. Somos responsáveis por coletar a história de vida dos pacientes, entender suas necessidades de saúde, acompanhar seus planos de cuidados, e criar estratégias para melhor adesão a planos terapêuticos.

No segundo ciclo, além do cuidado individual, cada aluno deve formular e executar um plano de cuidados coletivo para as famílias sob sua responsabilidade, focalizando as situações que comportarem esse tipo de atuação. Todo plano de intervenção deve ser construído e pactuado também com a equipe de saúde. Para um dos pacientes, aquele geralmente de maior vulnerabilidade social, menor adesão ou maior necessidade de cuidados ampliados, criamos um Projeto Terapêutico Singular (PTS), pactuando, conjuntamente entre o paciente, o médico e a equipe multiprofissional as metas, as estratégias e as reavaliações de planos.

Ao longo da graduação, a Prática Profissional vai ganhando maior importância e maior carga-horária, frente a outras estações de treinamento de conhecimentos científico-acadêmicos, de apenas duas visitas semanais à USF, são incluídos atendimentos semanais em Saúde da Mulher (SMu), Saúde da Criança (SCr) e Saúde do Adulto e Idoso (SAI). Assim, além de a prática tornar-se mais intensiva em horas demandadas, diversifica seus locais de atuação e amplia o contato com outros preceptores, visto que, em cada especialidade de estágio, temos contato com um preceptor especialista (ginecologista-obstetra, pediatra e clínico, respectivamente). É importante ressaltar que a atuação na USF é mantida nos quatro anos iniciais do curso, quando continuamos acompanhando as mesmas famílias desde o primeiro semestre do curso. No internato, atuamos em outra USF o que permite conhecer outra população, outros profissionais de saúde, e ter orientação de um novo preceptor.

“No último ciclo, as atividades educacionais comuns a todos os estudantes, simuladas e reais, estão organizadas numa única unidade longitudinal, amplamente denominada como internato médico” (idem, ibidem).

O curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) utiliza metodologias ativas de aprendizagem para o ensino médico, baseadas na aprendizagem orientada por competências e integração teoria e prática, além da aprendizagem baseada em problemas. As atividades práticas, simuladas e teórico-práticas ocorrem em pequenos grupos, em que os estudantes são inseridos em ambientes da prática profissional em Atenção Primária à Saúde (APS), que incluem domicílios e Unidades de Saúde da Família (USF), onde realizam atividades em níveis crescentes de complexidade sob a supervisão de docentes e preceptores desde o primeiro ano do curso.

“O currículo do Curso de Medicina da UFSCar fundamenta-se sobre a orientação por competência, a integração teórico-prática e a abordagem educacional construtivista, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Requer a articulação entre ciências básicas, clínicas, humanas e sociais aplicadas na solução dos problemas de saúde, em colaboração multiprofissional.” (DMED UFSCAR, 2021)

Neste contexto, minha vivência com o “aprender a aprender” se fez cada vez mais presente. Eu nunca tinha tido contato antes com metodologias ativas, já tinha estudado em escola regular, colégio técnico e havia iniciado graduação médica em outra faculdade, com ensino totalmente tradicional. Minha ideia de professor era aquela que quase todos pensam quando falamos o termo “ensinar”, alguém que fique em pé, na frente de uma sala, escrevendo na lousa ou mostrando *slides*, numa forma unidirecional e hierarquizada de ensino, o típico professor detentor do conhecimento.

O “*aprender a aprender*” é a significação do aprendizado, a partir da aprendizagem centrada no estudante, na integração dos conteúdos das ciências básica e clínica, além dos conhecimentos interdisciplinares. As metodologias ativas de aprendizagem representam uma perspectiva do ensino-aprendizagem ancorada no construtivismo e na reconstrução dos conhecimentos, de modo ativo. Esse processo é centrado no estudante e o preceptor ocupa o lugar de facilitador no cenário de prática, auxiliando, de modo horizontal, a buscar novos conhecimentos.

As dificuldades com a metodologia ativa surgiram logo no primeiro semestre e, foram, pouco a pouco, sendo superadas, à medida que eu aprendia a aprender, aprendia a me relacionar, aprendia a perceber minhas próprias limitações e aprendia a reestudar temas passados, subindo mais e mais na espiral construtivista.

2. METODOLOGIA

O presente Trabalho de Conclusão de Curso configura-se uma narrativa autobiográfica, em que explanarei sobre minhas vivências no curso de graduação em Medicina na Universidade Federal de São Carlos, e minha relação com os preceptores com quem tive contato nesta jornada.

O período delimitado para o presente trabalho é entre 2016 e 2022, ano em que iniciei e concluirei minha formação médica na Universidade supracitada. A UFSCar é uma universidade localizada na cidade de São Carlos, e o “*Departamento de Medicina (DMed) é vinculado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da UFSCar, localizado no Campus São Carlos. Foi criado com o objetivo de implantar o Curso de Medicina da UFSCar em 2006*” (DEPARTAMENTO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2021).

Ressaltarei vivências que tive com preceptores médicos durante a minha formação, garantindo o anonimato dos mesmos, a fim de produzir um relato mais fidedigno e livre de vieses de futuros julgamentos. No decorrer da narrativa serão citadas falas de forma direta ou indireta das quais me recordo, opiniões e percepções de minha relação com eles. Narrarei também situações da prática profissional com pacientes que foram significativas na minha trajetória.

Destaco que, em alguns casos, devido a falta de disponibilidade de preceptores ligados aos serviços de saúde delimitados a determinadas Práticas Profissionais, muitas vezes, os próprios docentes assumiram o papel de preceptoria e por isso, também serão citados.

O presente modelo textual vem ganhando visibilidade e importância como método de pesquisa qualitativa na área da saúde, ao permitir inserir percepções individuais do sujeito narrador no processo de construção do conhecimento. Portanto, o presente TCC representa um instrumento bibliográfico de registro de longo prazo, que permite novos estudos a partir de si mesmo.

3. RESULTADOS

Os preceptores com os quais tive contato em minha formação médica são os médicos vinculados aos serviços de saúde do município, tanto ambulatoriais, em USF e UBS, quanto no serviço hospitalar, Santa Casa de São Carlos, Maternidade e Hospital Universitário. Em casos delimitados, alguns docentes assumiram a posição de preceptores, por falta destes no cenário de prática no quarto ano. Cabe ainda ressaltar que durante os dois últimos anos da minha formação, tive ainda experiências que, a meu ver, foram equivalentes à da preceptoria, com residentes médicos de diferentes especialidades.

Todos os preceptores com os quais tive contato marcaram minha trajetória acadêmica, ora despertando-me sentimentos positivos, a partir da admiração que a relação deles com os pacientes e próprios alunos me causava; aumentando assim minha vontade de aprender e de me dedicar mais ao estudo de sua especialidade de residência; ora, gerando-me sentimentos de repulsa, principalmente quando percebia o desinteresse deles em ensinar ou em explicar condutas e patologias ao paciente que estava sendo atendido. Algumas vezes, principalmente neste último caso, a relação com o preceptor resumia-se ao cumprimento de carga horária, sem contato interpessoal, sempre mantendo o respeito pelo profissional ali atuando, mas sem aquele brilho em meus olhos.

Houve preceptores que se dedicavam, com esmero, ao ato de ensinar, cujo programa do curso era bem explicado logo no início do estágio, mostrando aos estudantes o que seria realizado no estágio, como estes deveriam agir, quais eram os objetivos esperados, e quais caminhos os alunos deveriam percorrer para chegar a esses objetivos de aprendizagem.

Outros inseriam o aluno nas atividades cotidianas do serviço, mas aparentemente sem planejamento prévio, sem plano de ensino disponibilizado, sem metas claras dos objetivos a serem alcançados, levando ao sentimento de que eu, estudante de medicina, servia de mão-de-obra barata para cumprir a demanda de atendimentos do serviço.

Quando a prática do estágio obrigatório era restrita à repetição de ações técnicas e protocolos institucionais, sem interlocução entre estudantes, docentes e profissionais, o processo de ensino era limitado, pois não favorecia a troca de saberes, a corresponsabilização pelo processo de ensino-aprendizagem e não avançava na espiral construtivista da aprendizagem. Geralmente esses preceptores eram aqueles que se limitavam ao cumprimento de suas obrigações como médico do serviço, orientavam-nos a passar os casos rapidamente e não nos incentivava nas dialéticas do ensino e da aprendizagem.

A vivência nos diferentes cenários de prática e a relação com diversos preceptores influenciaram minha formação profissional, tanto pela identificação como pela rejeição. Como graduando, me espelhei em preceptores da Atenção Primária à Saúde (APS), num primeiro momento, e em preceptores dentro do cenário hospitalar nos últimos anos do curso.

O primeiro ciclo da graduação médica engloba os dois primeiros anos do curso e foi marcado pela minha inserção na APS. Logo na primeira semana de aulas, todos os alunos da turma foram apresentados a diversos serviços do município, mediante visitas guiadas pelos docentes. A turma de 40 alunos foi subdividida em quatro grupos de dez alunos, sendo que o meu grupo era formado por pessoas com diferenças sociais explícitas: alguns com origem de um ambiente social elitista e protegido, e a outra parte, assim como eu, já acostumada com a vivência do Ensino Público e com a dinâmica do Sistema Único de Saúde.

3.1. PRIMEIRO CICLO

Meu primeiro ano na Medicina-UFSCar foi marcado por várias reativações de traumas passados: era o asco pelo trote dos veteranos, que me obrigaram a cantar um hino machista no dia da matrícula, era o medo de ser forçado a abandonar novamente o curso com o qual eu tanto sonhara.

Em 2016, no primeiro ano do curso, conheci a figura de um preceptor: na visita guiada para conhecer os serviços de saúde municipais. Era uma Unidade de Saúde de Família e Comunidade (USF) recém-inaugurada em São Carlos. Foi uma apresentação rápida, mas profunda, de como se organiza a APS. Recordo-me do preceptor discursando sobre os limites e possibilidades do SUS, no contexto da política nacional à saúde. Foi brilhante e fiquei extasiado! Logo na primeira semana de aulas estávamos discutindo política e como as decisões de um pequeno rol de governantes implicava nos determinantes de saúde e doença da população de todo país.

Eu já entrei no curso de Medicina com o desejo de fazer residência em Medicina de Família e Comunidade e de seguir carreira como o famigerado “médico de postinho”. E a partir daquele primeiro contato com a roda de discussão com o médico da unidade, tive ainda mais certeza de minha decisão e de que este será meu futuro.

Na segunda semana do curso, meu grupo foi apresentado a outra USF em que faríamos o ciclo de Prática Profissional e Reflexão da Prática (RP), localizada na região central da cidade, dentro de um raio de cinco quadras de importantes instrumentos sociais: Mercado Municipal, Restaurante Popular Bom Prato, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Secretaria de Cidadania e Assistência Social (CRAS), entre outros.

Estava ansioso por conhecer minha nova preceptora, aquela profissional que seguiu os passos que eu quero seguir, que provavelmente seria um Norte a me guiar pelas veredas da Medicina de Família e Comunidade. Eu era o mais animado do grupo, estava tomado por um misto de sentimentos: será que ela

vai gostar de mim? Será que falarei alguma coisa errada? Será que ela saberá que eu também quero ser médico de família? Como ela vai reagir a isso? E, se ela me desincentivar, terei ímpeto de manter minha determinação?

Meros questionamentos, que se dissolveram no ar logo em nossa primeira conversa. Ela perguntou a todos de onde vínhamos, quais nossas idades, etc. e; se apresentou também. Fiquei encantado... uma profissional irradiando alegria pelo trabalho, jovem, mas que já estava há dez anos alocada na mesma unidade, que conhecia sua população adscrita como a palma de sua mão e com uma ampla experiência em preceptoria. Agora tive a certeza de estar no local onde desejei estar.

Foi-nos explicado que, ao final, do segundo ano, todos os alunos deveriam estar acompanhando um total de dez pacientes, que representariam a diversidade etária e de necessidades de cuidado: seria um idoso, uma mulher adulta, uma gestante, um adolescente, lactente, uma criança em idade escolar, um homem idoso, um homem adulto e uma pessoa trabalhadora.

De início, a preceptora montou uma lista com sugestão de idosos que os discentes poderiam acompanhar, e eu escolhi uma senhora com Doença de Alzheimer, que morava com sua filha, também idosa e única cuidadora da mãe. Fiz a primeira visita domiciliar acompanhado da Agente Comunitária de Saúde (ACS) responsável pela família e de mais um estudante de medicina. A paciente fez-me recordar de minha própria avó, que sofria da mesma patologia, e que também vivia numa máquina do tempo, um dia estava no presente, e noutro, pulando corda no quintal com seus irmãos, esperando a mãe chamar para o almoço.

Lembro-me bem de algumas visitas domiciliares que fiz a essa paciente. Em uma das primeiras, fui recebido com um fantástico cheiro de doce caseiro que emanava da cozinha. Enquanto a paciente me levava para ver as árvores frutíferas que tinha em seu quintal, no fundo de sua casa, a filha ia à cozinha, mexer o doce.

A casa era ampla e bem arejada, tinha água encanada, saneamento básico, carro na garagem, e alguns degraus, que me geravam medo de uma delas

tropeçasse no meio da noite e surgisse a tão temida fratura de fêmur de idosos. Por sorte e por orientação de remover tapetes, usar calçado fechado, nenhuma delas caiu. No passeio pelo quintal, a paciente foi me contando de seu marido, que trabalhava de noite no bar, usava um lustroso sapato com ponteira branca e que estava para chegar no fim da noite. Voltamos à varanda, onde havia uma ampla mesa de madeira maciça, onde geralmente eram nossas longas conversas. O cheiro açucarado estava ainda mais forte, e a filha retorna com taças com doce de abóbora, que acabara de sair da panela. Comi aquele doce como se fosse um príncipe, como se fosse o máximo, e apenas quando me foi oferecido o segundo pote, me lembrei que não gosto de doce de abóbora. Comera de tão entretido que estava na conversa, imerso em uma nova família que me recebera tão calorosamente.

Na visita seguinte, a paciente elogiou meu jaleco dizendo “*branco é uma cor tão bonita, meu marido também só se veste de branco!*”, e relata que ele está para chegar do trabalho. Pacientemente, a filha tenta lembrar a mãe de que ele falecera há alguns anos, e que não retornará mais. Há algumas lágrimas, e após alguns minutos sou surpreendido, novamente, com o elogio ao jaleco branco e com a fala de que o marido está para chegar do trabalho.

Eu já estava acostumado com as oscilações de memória no Alzheimer e fui aprendendo a aprender como reagir como um médico, e não mais como um adolescente conversando com sua avó.

Ao final do primeiro ano, todos os estudantes, devem realizar uma Atividade Curricular Complementar (ACC), as eletivas, de acordo com as necessidades de ensino-aprendizagem individuais, com a possibilidade de o local ser de livre escolha do discente, com o aval de seu orientador. A UFSCar disponibiliza algumas disciplinas de outros cursos, que acadêmicos de Medicina podem ir cursando ao longo do semestre, mas que geralmente competem com a própria carga horária de seu curso. Uma das possibilidades seria fazer alguma disciplina no período noturno, mas me privaria de passar as noites com meu filho pequeno, que neste momento, contava cinco anos e também tinha acabado de mudar de cidade e de escola, e precisava de maior vínculo familiar.

Assim, decidi por realizar a Eletiva em São Carlos, visto que continuaria com minha família e possibilitaria me aprofundar nos serviços do município. A escolha do local foi a mais certa possível: a USF onde fazia as atividades da graduação. Durante o ano, as atividades eram mais voltadas em realizar visitas domiciliares às famílias acompanhadas, fazer anamnese e exame físico na própria casa, identificar as necessidades de saúde, e acompanhar o plano terapêutico, juntamente com a equipe.

Na ACC pude me aproximar da preceptora e da sua rotina de trabalho, acompanhando os atendimentos clínicos generalistas, as reuniões de equipe, o cuidado da regulação, o encaminhamento pacientes com necessidades mais específicas, e a realização de procedimentos, como lavagem otológica e retirada de cistos.

A observação das consultas feitas pela preceptora e a sua supervisão direta me permitiu ampliar a capacidade de realizar o exame físico. Além disso, quando vou me higienizar para tocar no paciente, lembro-me de que ela, todas as vezes lavava a mão, com água e sabonete, antes e após a realização de cada exame, e ainda limpava os equipamentos com solução degermante. Poucos foram os profissionais, em minha vivência, que cumpriam o ritual de limpeza conforme o protocolo, de modo tão automático e internalizado. Passei a imitá-la e, até em restaurantes, lavo minhas mãos, enxugo-as com papel e utilizo este para fechar a torneira, para não contaminar novamente as mãos.

Esta vivência mais imersiva possibilitou-me ver na prática, que uma única equipe de Saúde da Família resolve mais de 90% da demanda que chega até ela. E isso é fascinante, para além de verificar o parâmetro esperado de encaminhamentos para serviço especializado que é de 5% a 20% em relação ao total de consultas médicas básicas, segundo o Indicador “Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado”, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), (BRASIL, 2012).

A Sra. L. e sua família me marcaram em diversos sentidos: foi a primeira paciente que acompanhei, a primeira visita domiciliar, a primeira história de vida completa, com fatos desde o seu nascimento até a situação atual de sua sociabilidade prejudicada por limitações de memória. Foi também a primeira paciente que eu acompanhei e que faleceu, foi através dela que vivenciei meu primeiro luto, como médico. Fui informado pela equipe da USF que a Sra. L. falecera e que sua filha estava muito triste, e que eu poderia dar suporte emocional para ela, já que, neste momento eu era um importante interlocutor da família com a USF. Realmente, a filha estava muito triste, estava no luto tanto de filha como de cuidadora, ambas ficaram órfãs de seu objeto de dedicação. Foi também meu primeiro contato com o estresse do cuidador. Sinto-me realizado, como estudante de medicina, de ter podido auxiliá-la durante a tormenta, mesmo que tenha sido ora como investigador de um possível quadro depressível, ora como um bom e velho ombro amigo para chorar.

Após alguns meses, a preceptora me atualiza sobre a paciente Sra. N., estava melhor, tinha voltado a frequentar o baile da terceira idade e a sair com seu carro para a casa de amigas. Fiquei feliz pelas novidades e pela preceptora ter se importado de me contar, sabendo que eu gostaria de me manter atualizado sobre a saúde mental da minha nova paciente, lembrando o que a Organização Mundial da Saúde nos ensina "*Saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social, não apenas a ausência de enfermidade*" (OMS, 2006).

E assim, se encerra o relato sobre minha primeira preceptora, no início, um pouco desconfiado e frustrado de só ter contato com uma única preceptora por dois anos. Mas foi ela a profissional que eu pude acompanhar duas vezes por semana nesse período, que fazia questão de se locomover até a Universidade para participar de todas as RPs, que lia tudo que escrevíamos de cada paciente, que me questionava ativamente sobre como os pacientes estavam, a cada retorno de VD e que me fez ter a certeza que Saúde da Família muda vidas, e mudou a minha.

3.2. SEGUNDO CICLO

O segundo ciclo foi marcado pelo início do meu contato com diferentes preceptores e como consequência aparentemente inevitável disto o choque entre distintas maneiras de conduzir o atendimento médico, de se relacionar com os demais profissionais do mesmo equipamento de saúde e de colaborar no papel de coordenação do cuidado atribuído à APS, nível no qual praticamente todas as minhas experiências foram vivenciadas durante os dois primeiros ciclos do curso.

Em meus primeiros atendimentos em uma unidade básica de saúde (UBS) tradicional durante a prática na Saúde do Adulto e Idoso(SAI), vi pacientes com doenças crônicas, que precisavam de acompanhamento de longo-prazo devido as comorbidades.

Muito me questionei sobre o motivo de terem tantos pacientes praticamente idênticos: portadores de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitos tipo 2 e, por conseguinte, com suas principais complicações: miocardiopatia dilatada hipertensiva/ isquêmica, polineuropatia diabética e doença renal crônica. O primeiro preceptor da SAI era nefrologista, extremamente objetivo e me despertou interesse em entender melhor o funcionamento renal e as principais patologias que levam alguém a necessitar de hemodiálise permanentemente ou de transplante renal.

Uma paciente que me recordo bem era uma senhora, idosa, transplantada renal de longa data, solteira, que sempre vinha acompanhada de sua sobrinha, ambas muito preocupadas com necessidades de saúde que não eram as mesmas com as quais a equipe médica se preocupava. Foi interessante perceber essa dissincronia, a sobrinha e a paciente estavam temerosas de esta ter erisipela em uma das pernas, enquanto nós arregalávamos os olhos quando ela relatou que estava sem tomar o seu medicamento imunomodulador, pois estava em falta na farmácia de alto custo.

Minha relação com este preceptor era limitada, pois quase sempre discutíamos os casos com a docente responsável por esta atividade curricular. Foi na SAI que mais aprendi sobre patologias da Clínica Médica: todas as semanas, o grupo discutia os casos atendidos e escolhia um dos temas que surgiram para ser discutido na semana seguinte. Revendo meu portfólio físico, que fiz questão de guardar, estão arrolados mais de 40 temas distintos que foram trabalhados e dos quais lembro com profundidade, mostrando o quanto a prática proporciona uma aprendizagem significativa.

Outra prática profissional que acabei tendo mais contato com a docente responsável do que com a preceptora foi a Saúde da Mulher (SMu), pois ela geralmente não conseguia participar das reflexões da prática, que sucediam os atendimentos, e os alunos preferiam fazer a discussão diretamente com a docente. Ainda assim, com esta preceptora aprendi bastante sobre câncer de mama, área de sua especialização médica. Acredito que quando um profissional tem domínio de sua especialidade, ele consegue simplificar o ensinamento do tema, de forma que o mais simples leigo consiga compreender suavemente e com toda a profundidade intrínseca.

Um caso marcante na SMu era uma paciente com um “caroço” em uma das mamas, que vinha para retorno e trazia seus exames de imagem para analisarmos. A preceptora foi explicando sobre os achados dos exames. Primeiramente, olhávamos a mamografia, e os padrões do achado, depois complementávamos com a ultrassonografia, que confirmava nossa hipótese diagnóstica. Ainda agora, terminando o sexto ano, recordo-me de como analisar exames de imagens complementares no diagnóstico de nódulos e cistos mamários.

A primeira paciente que atendi na SMu vinha para exame de rotina de citologia oncótica, mas como ela estava menstruada, fizemos a atendimento geral e pedimos que retornasse em duas semanas para coleta. Era uma paciente com DM2 e obesa. No retorno, logo que ela colocou a camisola descartável e estava sendo posicionada na maca ginecológica, simples e de metal, que havia no consultório, a maca se fecha, e a paciente vai ao solo, com as pernas para o ar. Foi a primeira vez que minha reação foi mais rápida do que a docente que acompanhava o

atendimento, ela estava paralisada e perplexa pelo ocorrido. Auxiliei a paciente a se levantar, enquanto a docente retomava a voz e dizia que isso nunca tinha acontecido com ela. Após, conseguimos posicioná-la em outra mesa ginecológica, realizamos o exame. Era um caso delicado de conduzir, pois a paciente também tinha grande vulnerabilidade social, um filho acabara de ser preso e estava em um momento de depressão, raiva e revolta. Quando ela retornou para checar o resultado, parecia outra pessoa, havia visitado o filho, estava menos triste e conseguia articular melhor seus sentimentos.

Essa vivência me possibilitou encarar várias facetas da Medicina, como futuro médico, pude perceber as múltiplas necessidades de saúde da paciente; lidar com a adversidade de uma queda no serviço de saúde e socorrer a vítima/paciente; amparar a docente paralisada; e escutar o que a mulher que precisava desabafar sobre a roda da fortuna que colocara seu filho atrás das grades, lembrando-me do trecho da ópera *“O Fortuna / Velut Luna / Statu variabilis”* (CARL ORRF, 1996, p. 9) e ajudando-a a encarar esta nova reviravolta em sua vida.

Na Saúde da Criança (SCr), minha relação com o preceptor foi excepcional, tanto em relação ao tempo em que pude conviver com ele, como pela forma como ele abordava as principais demandas em saúde e as conduzia de forma simples. Era um pediatra formado em universidade federal e com especializações em universidade do interior paulista, com muitos anos de prática em atendimentos no SUS e com muita prática em preceptoria.

Ele conseguia abordar questões delicadas à intimidade familiar com grande naturalidade, sem constranger os pais, mas fazendo-os refletir sobre erros comuns na criação de seus filhos. Era comum o relato materno de que a criança “comia mal”, pulava refeições e se enchia de bolachas, iogurtes adoçados e guloseimas. De modo sério, o médico, se virava para a criança e perguntava onde ela trabalhava para ter dinheiro para comprar todas essas comidas pouco saudáveis. Instantaneamente, a mãe ou o responsável que estava acompanhando, percebia a ironia e concordavam em limitar o acesso a estes produtos. Outro ponto que ele sempre retomava em quase todas as consultas era o acesso indiscriminado e não supervisionado de menores de idade à Internet, relatando os perigos da rede

mundial, como pedofilia e possibilidade de contato com temas impróprio para a idade, como violência e palavras de baixo calão.

Com tantas experiências distintas vivenciadas com outros preceptores em cenários distintos de vulnerabilidade social e de acesso aos serviços de saúde, refletir sobre a importância da inserção do aluno de medicina desde seus primeiros anos de formação nas atividades realizadas por uma equipe de saúde se torna imperativa. Ao final do quarto ano do curso, a despedida do convívio semanal com aquela primeira preceptora da prática profissional em SFC foi tarefa difícil, mas parte necessária do final de um ciclo e início de outro. Guardarei comigo cada momento de avaliação oferecida e a afetuosa sensação de que assim como conhecia com maior profundidade as necessidades de saúde de seus pacientes, soube reconhecer minhas necessidades de aprendizagem e estimular o desenvolvimento de minhas habilidades necessárias à prática profissional.

3.3. TERCEIRO CICLO

O internato constitui o último ciclo do curso médico e tinha para mim como objetivo principal a formação de um médico generalista. Aguardava desde os anos anteriores que neste momento eu deveria ampliar, integrar e aplicar conhecimentos adquiridos nos ciclos anteriores, assim como aprimorar minhas técnicas, habilidades e competências indispensáveis ao exercício da prática médica. A expectativa era de que fosse então um momento focado no treinamento intensivo e contínuo, sob supervisão direta de docentes e de preceptores. Porém, antes da metade do meu primeiro estágio, fomos atingidos pela COVID-19, caracterizada pela OMS como uma pandemia. A necessidade da adoção de medidas de controle para evitar a disseminação da doença, culminou com a paralisação temporária das atividades presenciais da universidade, inclusive das atividades curriculares práticas, devido a necessidade de reorganização das mesmas tanto no âmbito do ensino quanto do serviço.

Após seis meses de atividades suspensas, pude enfim reiniciar o internato e a partir de então a avaliação de minhas experiências com meus preceptores fora diferente. Agora precisávamos tomar medidas de precaução para qualquer atividade presencial, já que a COVID-19 é uma doença de transmissão interpessoal, que incluía o distanciamento físico entre todas as pessoas envolvidas nas atividades, fossem alunos, preceptores ou pacientes. Tais medidas na minha visão foram importantes mesmo diante do uso de máscara, da vacinação, da radicalização de medidas de higiene, do isolamento de infectados e da quarentena de contactantes segundo as estratégias operacionais elaboradas pelo Núcleo Executivo de Vigilância em Saúde da UFSCar devido tanto à necessidade de proteção individual e coletiva como também um exercício para uma prática profissional adequada em momentos de pandemia.

Neste sentido, ter iniciado novamente o internato pelo estágio de pediatria em que as preceptoras já se encontravam preparadas para tal enfrentamento e, sobretudo com postura acolhedora às necessidades individuais e coletivas do grupo, trouxe a vontade de continuar a explorar minhas habilidades.

Foi neste ciclo também que passaram a somar às minhas vivências o contato com residentes médicos de distintas especialidades que por vezes assumiam, mesmo que não de forma oficial, o papel de preceptor, pois eram os únicos profissionais que me orientavam diretamente em determinados momentos de alguns estágios. Assim como ocorrido com os demais preceptores, houve experiências marcantes para a minha formação.

Logo no primeiro dia no meu estágio de Cirurgia, o local de estágio era o Serviço Médico de Urgência (SMU), e deveria me reportar diretamente à residente do primeiro ano em Cirurgia Geral. A residente era proativa, educada e comprometida a auxiliar os estudantes sob sua supervisão, ensinando-os a ter autonomia e senso crítico-médico. Apresentei-me à equipe, e após algumas horas, fui à Sala Vermelha, onde ficavam os pacientes críticos à procura da residente para discutir um caso de menor urgência. Ao abrir a porta, deparo-me com ela realizando ressuscitação cardiopulmonar.

Era um paciente idoso, pálido como um manequim de loja, desprovido de qualquer reação humana, e que havia acabado de chegar, trazido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pois os socorristas ainda estavam do lado de fora da sala. Meus olhos atônitos me deixaram paralisado por alguns segundos até que a residente, já com fôlego reduzido pela extenuante atividade de reanimação, me disse “Põe as luvinhas e vem aqui”. Corri, calcei as luvas de procedimento, e assumi o local da massagem cardíaca, agora não era apenas um boneco de simulação, como havia treinado anteriormente, era o pai de alguém, um avô, um esposo, um irmão, uma pessoa real, cuja vida estava. A cada massagem, a sonda gástrica drenava o conteúdo da última alimentação do paciente, e a maca tornava-se mais e mais vermelha, com o sangue que saía das pernas daquele e escorria até o chão. Foram-se concentrados de hemácia, soluções cristalóides, ciclos e mais ciclos de massagem cardíaca, drenagem gástrica, intubação rápida, mas nada foi capaz de retornar a vida àquela pessoa. Ela se foi, e tornou-se o primeiro paciente que vi morrer. Depois, soube que ele havia realizado uma revascularização de membro inferior bilateralmente há poucos dias, mas que havia caído em casa e os pontos da ferida operatória se abriram e, praticamente, exsanguinou-se antes da chegada do SAMU.

A partir de então comecei a ter a noção prática de que para além do cenário de pandemia mundial, as outras demandas por serviços de saúde continuavam a ser eminentes e que infelizmente em alguns cenários, nem todas as medidas preconizadas de precaução para as atividades presenciais conseguiriam ser mantidas.

E foi durante o tão aguardado estágio de clínica médica, devido a ocorrência deste totalmente inserido em nosso hospital universitário, ambiente supostamente mais seguro tanto para as práticas de atividades supervisionadas quanto por ser tratar de ambiente mais controlado em relação ao fluxo de pacientes e de serviços ofertados que tive a pior experiência ao longo deste último ciclo: o contato diário por seis semanas com uma residente que beirou a violência psicológica e institucional.

A relação com parte dos profissionais atuantes na enfermagem minava as motivações para aprender: o grupo foi chamado de “lixo” pela residente, que procurava causar intrigas entre os alunos, criticando-os e, obrigando que todos fossem submetidos aos seus valores de hierarquia da sua instituição de origem, supostamente mais tradicional que a nossa. Mesmo diante da exposição de tais ocorrências para os docentes responsáveis pelo estágio e para as instâncias superiores do cenário de prática, o retorno para o mesmo estágio no ano seguinte confirmou que a tal residente continuava a tratar outros alunos do ano subsequente de maneira similar.

Ainda que pontual, a vivência destas experiências me marcaram e permitiu que o grupo de alunos do meu estágio passasse a compartilhar mais suas vivências individuais e que os momentos de avaliação realizados após as atividades voltassem a acontecer entre nós e os preceptores envolvidos nos estágios subsequentes e assim eu voltasse a estimular a competência avaliação do trabalho neste último ciclo do curso. Ainda assim, foi triste a constatação de um profundo sofrimento mental de diversos integrantes de meu pequeno grupo de internato, sendo que após o término do estágio, um colega me confidenciou ter pensado em suicídio, outro em abandonar o curso de medicina a esta altura, e outros dois desistiram de realizar a especialização em Clínica Médica.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preceptoria médica durante meus anos de formação tornou-se indissociável da prática profissional ao longo da graduação no que diz respeito a vivência da prática médica, a facilitação da aprendizagem no mundo do trabalho, à transmissão de valores e saberes de um profissional a um estudante. Quanto mais cedo na formação médica esta associação preceptor-estudante ocorra, mais tempo para reflexão da própria prática profissional o discente poderá realizar.

A relação preceptor-aluno também pode assemelhar-se à relação médico-paciente na medida em que ocorram os processos de transferência e contratransferência. Ao longo desses anos de graduação pude perceber conscientemente a presença de reproduções de relações ou vivências prévias à graduação que comparei às que vivenciei durante a graduação, tanto positivas quanto negativas. Tais experiências também podem ter sido majoradas durante o último ciclo do curso pelo maior distanciamento não só físico, mas também emocional a que estudantes e profissionais estão passando devido ao cenário de pandemia e que podem refletir no exercício da preceptoria, tanto nos ambientes de graduação como nos de residência médica.

A valorização dos conhecimentos e vivências prévias, da preceptoria articulada com os docentes, exercida de forma engajada, centrada no estudante e no cuidado com o paciente, possibilitam uma aprendizagem significativa, reflexiva e a aquisição de competências essenciais para o futuro médico generalista.

5. REFERÊNCIAS

BISPO, E.P.F; TAVARES, C.H.F; e TOMAZ, J.M.T. *Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família*. Revista Interface, nº 18, abr-jun. 2014.

BOTTI, S.H.O; e REGO, S.T.A. *Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica*. Revista Physis 21 (1), 2011.

BOTTI, S.H.O; e REGO, S.T.A. *Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?* Revisão. Revista brasileira de educação médica, nº 32 (3), set.2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ). *Manual instrutivo – anexos. Ficha de qualificação dos indicadores*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. *Diretrizes Nacionais Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Brasília: 2014.

CAMELLO, D; MANFTÓI, V.C; e MACHADO, C.L.B. *O papel do preceptor no ensino médico e o modelo preceptor em um minuto. Relato de Experiência*. Revista brasileira de educação médica, nº 33 (4), dez.2009.

CAMPOS, G.W.S. *Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?* Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Vol. 9, n.17, mar-ago. 2005.

CHAVES, I.T.S. e GROSSMAN, S. *O internato médico e suas perspectivas: estudo de caso com educadores e educandos*. Revista Brasileira de Educação Médica. Vol. 31, nº. 3, 2007.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS (DMed- UFSCar). *Graduação / Apresentação*. Disponível em: <https://www.dmed.ufscar.br/graduacao/apresentacao>. Acessado em 23/11/ 2021.

FREIRE, P. *Educação como prática de liberdade*. 22ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, *Resolução CONSUNI nº. 52 (de 16 de julho de 2021): Dispõe sobre o Plano de Retomada das Atividades Presenciais da UFSCar*. São Carlos, 2021.

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, COMITÊ GESTOR DA PANDEMIA, NÚCLEO EXECUTIVO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, GRUPO TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. *Guia para a Vigilância Epidemiológica Integrada*. São Carlos: 2021.

KOIFMAN, L. E. e SAIPPA-OLIVEIRA, G. (Org). *Cadernos do preceptor: histórias e trajetórias*. Rio de Janeiro: CEPESC. IMS-UERJ. ISC- UFF. ABRASCO, 2014

LIMA, V.V. *Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem*. Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 21, n.61, abr-jun 2017.

MEDICINA UFSCAR. *Projeto político pedagógico* Disponível em: <https://www.dmed.ufscar.br/arquivos/projeto-pedagogico-2007>. Acessado em 10/12/2021.

MONTEIRO, P.C; OLIVEIRA, C.L.B; MARQUES, N.A; REGO, R.M; LINS. N.A. A; e CALDAS, C.A.M. *A sobrecarga do curso de Medicina e como os alunos lidam com ela*. Brazilian Journal of Health Review. Curitiba: 2019.

ORFF, C. Carmina Burana. In: SEBESTA, J.L. Carmina Burana: cantiones profanae. Wauconda: 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. In: World Health Organization: *Basic Documents*, 45ª ed. Nova Iorque: Suplemento, 2006 (texto original de 22 de Julho de 1946).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS AMÉRICAS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Folha informativa sobre a COVID-19. Histórico da pandemia de COVID-19*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acessado em 08/12/2021.

RIBEIRO, L.R.C. *Aprendizagem baseada em problemas (PBL): uma experiência no ensino superior*. São Carlos: EdUFSCar, 2008.

TEIXEIRA, R.C; DOMINGUES, R.S.S; KIETZER, K.S; ARAÚJO, R.M.S; e GONÇALVES, K.L.P. *Preceptorial em saúde: definição do papel do preceptor*. Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia. Vol. 5, nº. 10, 2018.