

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL INOVAÇÃO NO ENSINO
SUPERIOR EM SAÚDE**

Simonne de Nazareth Carmona Quaglia

**PERCEPÇÃO DA INSERÇÃO DOS ESTUDANTES DO CURSO DE
MEDICINA NAS ATIVIDADES DO CENTRO AMBULATORIAL
UNIVERSITÁRIO DA USCS PELOS DIFERENTES ATORES
ENVOLVIDOS NO PROCESSO EDUCACIONAL-ASSISTENCIAL**

**São Caetano do Sul
2020**

SIMONNE DE NAZARETH CARMONA QUAGLIA

**PERCEÇÃO DA INSERÇÃO DOS ESTUDANTES DO CURSO DE
MEDICINA NAS ATIVIDADES DO CENTRO AMBULATORIAL
UNIVERSITÁRIO DA USCS PELOS DIFERENTES ATORES
ENVOLVIDOS NO PROCESSO EDUCACIONAL-ASSISTENCIAL**

**Trabalho Final de Curso apresentado ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde -
Mestrado Profissional - da Universidade
Municipal de São Caetano do Sul como
requisito parcial para a obtenção do título de
Mestre em Saúde.**

**Área de concentração: Inovações
Educativas em Saúde Orientada pela
Integralidade do Cuidado**

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito

**São Caetano do Sul
2020**

FICHA CATALOGRÁFICA

Quaglia, Simonne de Nazareth Carmona

Percepção da inserção dos estudantes do curso de medicina nas atividades do Centro Ambulatorial Universitário SCS pelos diferentes atores envolvidos no processo educacional-assistencial / Simonne de Nazareth Carmona Quaglia. - 2020. – 138 fls.: il.

Orientador: Carlos Alexandre Felício Brito

Trabalho Final de Curso (Mestrado Profissional em Inovação no Ensino Superior em Saúde) - Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde, São Caetano do Sul, 2020.

1. Integração Docente Assistencial. 2. Educação Permanente. 3. Cuidados Ambulatoriais. 4. Educação Médica. 5. Atenção Primária à Saúde. 6. Estudantes de Medicina. I. Brito, Carlos Alexandre Felício de. II. Programa de Pós-Graduação em Saúde, 2020. III. Título.

Trabalho Final de Curso defendido e aprovado em 31/07/2020 pela Banca Examinadora constituída pelos(as) professores(as):

Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito (USCS)

Prof. Dr. José Antônio Marques Maia de Almeida (USCS)

Prof. Dr. Ricardo Figueiredo Pinto (UEPA)

Ao meu pai Nelson Manoel Reis Carmona (in memoriam).

À minha mãe Heliana Expedita Gonçalves Carmona.

Ao meu padrasto José Alberto Chaves (in memoriam).

A minha filha Nicole Carmona Quaglia.

Ao meu esposo Eduardo Antônio Salmazo.

AGRADECIMENTOS

Em especial à Deus causa primária de todas as coisas a quem sou grata, à minha mãezinha, ser maravilhosa que me inspira a vida, aos meus pais, sim porque em uma única vida tive a Sorte de ter dois, um do coração e outro de sangue, ao meu esposo, parceiro e companheiro Edu e a minha filha Nicole, meu tesouro precioso e sonho de vida... enfim a todos, aos meus alunos, professores e aos meus pacientes, seres amados de alma por quem jurei nesta vida fazer o melhor de mim sempre... minha eterna gratidão.

“Tudo posso naquele que me fortalece”.
(Filipenses 4:13)

RESUMO

Introdução: O Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Campus Centro, prevê a inserção dos estudantes na prática profissional desde sua entrada no Curso, atuando como membro das Estratégias de Saúde da Família do Município, do primeiro ao oitavo semestre do curso. Do quinto ao oitavo semestre os estudantes participam de atividades ambulatoriais, realizadas no Centro Ambulatorial Universitário da USCS (CAU-USCS). Trata-se de um serviço de atendimento ambulatorial de especialidades médicas, totalmente inserido na rede de saúde pública municipal. **Objetivo:** Analisar a percepção da inserção dos estudantes do quinto ao oitavo semestres do Curso de Medicina nas atividades do Centro Ambulatorial Universitário da USCS, pelos diferentes atores envolvidos no processo educacional-assistencial. **Tipo de estudo:** Qualitativo, realizado no Centro Ambulatorial Universitário da USCS e UBS onde ocorrem as ações de Apoio Matricial. **Amostra:** A seleção da amostra foi composta de forma intencional e por conveniência, abrangendo todos os atores que compõem o cenário. **Procedimentos:** O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da USCS. Foram realizados três grupos focais, onde os participantes de cada grupo foram convidados a participar da dinâmica. Após a dinâmica foi transcrita e procedida a análise crítica das ideias fortes de cada grupo. **Resultados:** Foram realizados três grupos focais com pacientes, alunos e docentes. Os participantes trouxeram conceitos como empatia, humanização, organização, cuidado. Ao analisar a percepção da inserção dos estudantes do 5º ao 8º semestre do curso de medicina da USCS no Centro Ambulatorial Universitário pelos diferentes atores envolvidos encontramos um ambiente propício ao aprendizado, com desenvolvimento de saberes e expertises por alunos, onde o ensino pela prática traz benefícios aos alunos, docentes e aos pacientes. **Discussão:** Percebemos através da análise do discurso dos participantes dos grupos focais, que os alunos atingiram o nível de vivência com a prática. O comportamento, as atitudes, responsabilidade, respeito, emoções e valores mudam rapidamente e os alunos são integrados à realidade do serviço. Entretanto, profissionais que reproduzem modelos hierárquicos e personalizados também podem afetar o aprendizado dos alunos, contribuindo, portanto, para a falta de integração a longo prazo com a equipe. Ao analisar a percepção da inserção dos estudantes do 5º ao 8º semestre do curso de Medicina da USCS no Centro Ambulatorial Universitário pelos diferentes atores envolvidos encontramos um ambiente propício à integração educacional e assistencial dentro do cenário de saúde do município, onde os estudantes tem a oportunidade de aprimorar suas habilidades profissionais, desenvolver saberes e expertises através do ensino pela prática, conferindo benefícios a eles mesmos, aos pacientes que se sentem assistidos com eficiência, respeito e acolhimento e aos docentes que percebem a importância da inserção do aluno no cenário da prática desde a sua entrada na universidade, a oportunidade de desenvolver a relação médico-paciente e auxiliam os alunos na sua experiência prática. Ao analisar a percepção da inserção dos estudantes pelos diferentes atores envolvidos encontramos um ambiente propício ao aprendizado, onde o ensino pela prática traz benefícios aos estudantes, pacientes e docentes. Esse trabalho tem como produto final um modelo de avaliação para ser utilizado ao final de cada ciclo de estágio tanto com estudantes, professores e pacientes/usuários, através de uma plataforma *on-line*, que permitirá aprimorar as ações educativas à cerca da inserção

dos estudantes no cenário de práticas do CAU-USCS, por meio da análise crítica dos relatórios analíticos.

Palavras-chave: Integração Docente Assistencial. Educação Permanente. Cuidados Ambulatoriais. Educação Médica. Atenção Primária à Saúde. Estudantes de Medicina.

ABSTRACT

Introduction: The Pedagogical Project of the Medical Course of the Municipal University of São Caetano do Sul, Campus Centro, foresees the insertion of students in professional practice since their entry in the Course, acting as a member of the Family Health Strategies of the Municipality, from the first to the eighth semester of the course. From the fifth to the eighth semesters, students participate in outpatient activities, held at the University Outpatient Center of the USCS (CAU-USCS). It is an outpatient service for medical specialties, fully inserted in the municipal public health network. **Objective:** To analyze the perception of the insertion of students from the fifth to the eighth semesters of the Medical Course in the activities of the University Ambulatory Center at USCS, by the different actors involved in the educational-assistance process. **Type of study:** Qualitative, carried out at the University Outpatient Center of USCS and UBS where Matrix Support actions take place. **Sample:** The sample selection was made intentionally and for convenience, covering all the actors that make up the scenario. **Procedures:** The paper was submitted to the USCS Research Ethics Committee. Focus groups were held, where participants in each group were invited to participate dynamically. After the dynamics, a critical analysis of the strong ideas of each group was transcribed and proceeded. **Results:** Three focus groups were carried out with patients, students and teachers. The participants brought concepts such as empathy, humanization, organization, care. When analyzing the perception of the insertion of students from the 5th to the 8th semester of the medical course at USCS at the University Outpatient Center by the different actors involved, we found an environment conducive to learning, with the development of knowledge and expertise by students, where teaching by practice brings benefits students, teachers and patients. **Discussion:** We realized through the analysis of the discourse of the participants in the focus groups, that the students reached the level of experience with practice. Behavior, attitudes, responsibility, respect, emotions and values change quickly and students are integrated into the reality of the service. However, professionals who reproduce hierarchical and personalized models can also affect students' learning, thus contributing to the lack of long-term integration with the team. When analyzing the perception of the insertion of students from the 5th to the 8th semester of the USCS Medicine course at the University Ambulatory Center by the different actors involved, we found an environment conducive to educational and assistance integration within the health scenario of the municipality, where students have the opportunity to improve their professional skills, develop knowledge and expertise through teaching by practice, conferring benefits to themselves, to patients who feel assisted with efficiency, respect and welcome and to teachers who perceive the importance of the student's insertion in the scenario of practice since entering university, the opportunity to develop the doctor-patient relationship and assist students in their practical experience. When analyzing the perception of students' insertion by the different actors involved, we found an environment conducive to learning, where teaching by practice brings benefits to students, patients and teachers. This work has as its final product an evaluation model to be used at the end of each internship cycle with both students, teachers and patients / users, through an online platform, which will allow to improve educational actions around the insertion of students. in the CAU-USCS practice scenario, through the critical analysis of analytical reports.

Keywords: Teaching Assistance Integration. Permanent Education. Ambulatory Care. Medical Education. Primary Health Care. Medical students.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma de Atendimento no CAU-USCS	36
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Desenvolvimento de um Grupo Focal	56
Quadro 2- Representação das categorias identificadas pelos pacientes em relação à inserção dos alunos	60
Quadro 3- Representação das categorias identificadas pelos pacientes em relação ao cuidado pelos docentes e alunos	61
Quadro 4- Representação das categorias identificadas pelos pacientes em relação aos atores (Estudantes, Equipe de Saúde e Docentes)	62
Quadro 5- Representação das categorias identificadas pelos pacientes em relação à assistência e ensino integrados no CAU-USCS.....	63
Quadro 6- Representação das categorias identificadas pelos pacientes em relação à assistência e ensino integrados	64
Quadro 7- Representação das categorias identificadas pelos estudantes nas atividades ambulatoriais do CAU-USCS	66
Quadro 8- Representação das categorias identificadas pelos estudantes em relação à sua atuação no CAU-USCS	67
Quadro 9- Representação das categorias identificadas pelos estudantes em relação aos demais atores no CAU-USCS	68
Quadro 10- Representação das categorias identificadas, pelos estudantes em relação à assistência e ensino integrados no CAU-USCS.....	70
Quadro 11- Representação das categorias identificadas pelos docentes em relação à inserção dos estudantes nas atividades do CAU-USCS	71
Quadro 12- Representação das categorias identificadas pelos docentes em relação à sua atuação como docente no CAU-USCS.....	73
Quadro 13- Representação das categorias identificadas pelos docentes em relação aos outros atores presentes no CAU-USCS	74
Quadro 14- Representação das categorias identificadas pelos docentes em relação à integração assistência-ensino no CAU-USCS.....	75
Quadro 15- Modelo de avaliação <i>on-line</i> para ser utilizado ao final de casa estágio	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP - Aprendizagem Baseada em Problemas
CAU-USCS - Centro Ambulatorial Universitário
CEE - Conselho Estadual De Educação
CIES - Comissões Integração Ensino Serviço
CONSEPE - Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão
DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais
EPS - Educação Permanente em Saúde
ESF - Estratégias de Saúde da Família
GF - Grupo Focal
IESC - Integração do Ensino-Serviços-Comunidade
OPAS - Organização Pan Americana de Saúde
PBL - *Problem Based Learning*
PEPS - Polos de Educação Permanente em Saúde
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
SGTES - Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde
SMS-SCS - Secretaria Municipal de Saúde de São Caetano do Sul
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
USCS - Universidade Municipal de São Caetano do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	31
1.1 O Contexto da Pesquisa	31
1.2 Educação Permanente em Saúde	40
1.3 Processo de ensino e aprendizagem.....	41
2 OBJETIVO	49
2.1 Objetivo geral.....	49
2.2 Objetivos específicos.....	49
3 PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS	50
3.1 Tipo de estudo	50
3.2 Local	53
3.3 Amostra e Amostragem	53
3.3.1. Amostragem.....	53
3.3.2 Critérios de inclusão.....	54
3.3.3 Critérios de exclusão.....	54
3.4 Procedimentos	55
3.5 Variáveis	57
3.6 Tratamento e Análise dos dados	57
4 ASPECTOS ÉTICOS	58
4.1 Análise dos riscos e benefícios.....	58
4.2 Medidas para minimização dos riscos	58
4.3 Medidas para proteção da confidencialidade.....	58
5 RESULTADOS	59
5.1 Resultados grupo focal pacientes	59
5.2 Resultados grupo focal estudantes.....	65
5.3 Resultados grupo focal docentes.....	70
6 DISCUSSÃO	77
7 PRODUTO FINAL: PLATAFORMA <i>ON-LINE</i> PARA AVALIAÇÃO DOS ESTÁGIOS	91
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	96

APÊNDICE I - CARTA DE ANUÊNCIA DA UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL – GESTOR ADJUNTO DO CURSO DE MEDICINA	108
APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	109
APÊNDICE III - ROTEIRO GRUPOS FOCAIS	112
APÊNDICE IV - TRANSCRIÇÃO GRUPO FOCAL (ESTUDANTES 5º AO 8º SEMESTRE)	113
APÊNDICE V - TRANSCRIÇÃO GRUPO FOCAL (DOCENTES)	124
APÊNDICE VI - TRANSCRIÇÃO GRUPO FOCAL (PACIENTES).....	134

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Contexto da Pesquisa

O Curso de Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), Campus Centro, tem seu Projeto Pedagógico orientado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina (DCN) de 2014 (BRASIL, 2014a, 2014b). O Curso foi autorizado pelo Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE) sob parecer n.º 039/2013 de 18 de dezembro de 2013, e reconhecido pelo Conselho Estadual de Educação (CEE), conforme parecer 37/2019, homologado pelo Senhor Secretário de Estado da Educação do Estado de São Paulo, conforme Resolução SEE de 01-03-2019, publicada no Diário Oficial de 02-03-2019. Sua primeira turma de egressos foi graduada em dezembro de 2019.

A formulação de projetos pedagógicos dos cursos leva em consideração o primeiro artigo da Lei 9394/96 (BRASIL, 1996), onde é afirmado que a educação escolar deverá estar vinculada ao trabalho e à prática social. Desta forma, considera-se o trabalho com a futura prática do estudante nos diversos cenários de formação, das salas de aula aos espaços reais do exercício profissional, como o elemento central para inovações curriculares, o que leva ao estabelecimento da relação entre a teoria e a prática em todas as atividades curriculares. Além desta orientação, os cursos de medicina devem ser norteados pelas DCN de 2014 (BRASIL, 2014a, 2014b).

O projeto pedagógico do Curso de Medicina, portanto, apresenta um currículo integrado, com estrutura modular, no qual o processo ensino-aprendizagem se dá por meio de diversas metodologias ativas, destacando-se a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), internacionalmente conhecida como "*Problem Based Learning*" (PBL). Além de diversas outras estratégias de aprendizagem ativas (BOROCHOVICIUS; TORTELLA, 2014; CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004; TOLEDO JÚNIOR, 2008; VARGA, 2009). Desta forma, o estudante é o sujeito central do processo de aprendizagem sendo orientado por docentes facilitadores deste processo (PAIVA *et al.*, 2016).

Neste formato, os estudantes são inseridos nos cenários reais de práticas profissionais desde sua entrada no curso, de maneira crescente em intensidade e complexidade, comprometido e orientado pelas necessidades em saúde da população na área de abrangência do curso (BURSZTYN, 2015).

Este modelo é previsto nas DCN-2014, que em seu artigo 3º destaca a necessidade do desenvolvimento de competências pelo graduado em Medicina voltadas para uma

[...] formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014b, p. 01).

O artigo 4º do mesmo documento legal traz a articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do graduado, para seu futuro exercício profissional de médico, no qual destacam-se três áreas de atuação, a saber: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde.

Nesta perspectiva, situa-se o modelo proposto pela teoria social do aprendizado, onde é possível pensar a Comunidade de Prática como a inter-relação dinâmica desses componentes, permeada por tensões e conflitos, e também por sustentação e conciliação. Esta teoria destaca quatro pilares fundamentais sendo eles a comunidade (aprendizado pelo pertencimento), a identidade (aprendizado pelo tornar-se), o significado (aprendizado pela experiência) e a prática (aprendizado pelo fazer). O resultado dessas inter-relações, em sua vivência na prática clínica, ao mesmo tempo molda a identidade profissional do aluno, como também provoca a transformação de cada membro da Comunidade de Prática (WENGER, 2008).

Destaca-se, na Proposta Pedagógica do Curso de Medicina da USCS uma estreita relação de parceria entre a Universidade e a Secretaria Municipal de Saúde de São Caetano do Sul (SMS-SCS), fazendo emergir o estabelecimento de um Sistema de Rede de Saúde-Escola estruturado, cujos aspectos operacionais sejam regidos pelo convênio entre as partes. O intuito é estabelecer a garantia de acesso, como cenário de prática, às unidades de saúde, em todos os níveis de complexidade. Nesse mesmo documento é pactuado o dever de contemplar as obrigações mútuas entre as partes, de sorte que definir a dinâmica de funcionamento da rede de saúde escola afeita ao Curso de Medicina.

O estudante, ao ser inserido na realidade, é levado a ter seu olhar direcionado à realidade que o circunda. Após, são apresentadas múltiplas oportunidades de interação geradas pela percepção das necessidades da comunidade, centrando a atenção dos estudantes para as diversas áreas de abrangência dos serviços, ao longo

dos anos de formação, permitindo a criação de um vínculo e de uma prática que legitima sua atuação em cada local de referência.

O curso de medicina da USCS conta com 12 semestres onde a Unidade Curricular Inter e transdisciplinar que percorre longitudinalmente os semestres da graduação com o objetivo de interagir ativamente com a comunidade e as equipes de saúde, de forma que identifique problemas e objetivos comuns, gerando hipóteses de soluções e aplicando ações que visem melhorar a realidade é chamado de Integração do Ensino-Serviços-Comunidade (IESC).

Assim, a primeira turma graduada pelo do curso foi iniciada em 2014, em alinhamento com as novas diretrizes curriculares, inserindo os estudantes em pequenos grupos nos Estágios de Saúde da Família exclusivamente municipais, por meio do IESC. Um aspecto importante a ser destacado é que, diferentemente do que ocorre na maioria das universidades, onde os campos de atuação são fragmentados, perdendo-se a relação de referência e contrarreferência, na USCS há um cenário de prática profissional nos diversos níveis de atenção da própria rede municipal. Desta forma, os alunos permaneceram um período semanal, do primeiro ao oitavo semestre, nas mesmas Estratégias de Saúde da Família (ESF), e, a partir do quinto semestre, iniciaram rodízios pelos ambulatórios de especialidades da rede municipal. Foi possível, portanto, levar os estudantes a vivenciar a continuidade do cuidado, a referência e contrarreferência, a regulação, a política de saúde local e regional e os conceitos de gestão em saúde, contribuindo com a elaboração de Projetos Aplicativos, que muitas vezes são utilizados pela administração local na melhoria do cuidado.

Três anos depois que a primeira turma iniciou, em agosto de 2017, foi inaugurado o Centro Ambulatorial Universitário (CAU-USCS), em uma parceria da Universidade com a Secretaria Municipal de Saúde, concentrando os estágios nos vários ambulatórios de especialidades, que ocorrem do 5º ao 8º semestres em um ambiente acadêmico que integra a academia com os serviços, mantendo-se no sistema de referência e contrarreferência municipal.

O CAU-USCS está localizado nas dependências do Hospital São Caetano, e é composto por ambulatórios de especialidades médicas, onde os profissionais dispõem de tempo hábil para dedicar-se ao processo de qualificação do serviço e de ensino-aprendizagem, pois o corpo clínico é constituído apenas por docentes do Curso de Medicina da USCS, mais uma vez em acordo com as Diretrizes de 2014 em relação à formação do aluno para melhorar a educação permanente dos profissionais da

atenção primária, por meio do apoio matricial e assistir os munícipes de acordo com as necessidades da comunidade em ressonância com os objetivos do SUS .

O CAU-USCS adota uma estrutura onde a integração dos temas educacionais (por meio da medicina centrada na pessoa) e aprendizagem (centrada no estudante), promovem continuamente o fortalecimento do vínculo terapêutico entre cuidador e cuidado.

Sabe-se que atualmente, o modelo de consulta ou método clínico dominante na prática médica, e ensinado na maioria das instituições de ensino médico é denominado modelo médico convencional ou modelo biomédico.

Tal modelo se desenvolve a partir do entendimento dos problemas de saúde evidenciados por modelos biológicos, menosprezando assim a importância da subjetividade do paciente, o que acaba se traduzindo em um método insuficiente na mitigação das queixas referidas em consulta pelos pacientes.

Ademais, o método supracitado é centrado na doença, o que remete ao fato de que ele também é centrado no médico, uma vez que lhe confere papel de autoridade e poder. Isto porque, o médico desempenha o papel mais ativo na consulta, como entrevistador, coletando informações que ele julga necessárias, e definindo a conduta a ser tomada para o raciocínio clínico. Por fim, o médico chega a uma conclusão do diagnóstico e expressa ao paciente a conduta terapêutica.

A proeminência desse método clínico ocasionou o surgimento de rejeições e insatisfações quanto à eficácia na satisfação das demandas de saúde das pessoas, e na promoção de autossatisfação dos próprios médicos com seu trabalho.

Na década de 70 o médico e psicanalista húngaro Michael Balint, introduziu o termo medicina centrada no paciente, que se opôs ao termo medicina centrada na doença, fazendo com que as questões do paciente como sua família, o cenário e contexto de vida e a importância da criação de um vínculo, fossem incorporadas ao saber médico.

A partir daí a medicina centrada no paciente foi sendo desenvolvida por diversos pesquisadores, destacando-se as equipes de Stewart (Canadá), Pendleton (Inglaterra) e das Universidades de Calgary (Canadá) e Cambridge (Inglaterra). No final da década de 1980, o movimento resultou em uma proposta de mudança da abordagem médica com a constatação denominada medicina centrada na pessoa, ou seja, é um método clínico o qual ocorre por intermédio da escuta atenta e qualificada, o seu principal objetivo é o entendimento integral da vivência individual daquele

padecimento, a fim de construir conjuntamente um plano terapêutico, estimulando a autonomia (FERREIRA, 2014).

Já a aprendizagem centrada no aluno, caracteriza-se pela percepção do aluno em vários aspectos de sua vida na formação de sua personalidade. A partir desta abordagem, é possível evidenciar de que maneira o aluno absorve o conhecimento, bem como esclarece o porquê de determinadas dificuldades de aprendizado. Nestas perspectivas, diz-se que o aluno/aprendiz, aprende a aprender.

De acordo com Carl Rogers (1974), idealizador da abordagem centrada no cliente, o professor é um facilitador, o aluno é visto como um condicionante do ensino e a instituição é o canal expressivo onde o conhecimento é compartilhado.

O papel do facilitador é sensibilizar-se às características pessoais que propiciam a formação do indivíduo e, a partir de então, lançar o conhecimento para sua aprendizagem de maneira que este seja melhor absorvido por ele. O aluno, além de estudante, simboliza um indivíduo com história de vida composta por um conjunto de sentimentos, interesses, conquistas, fracassos, traduzidos como determinantes para a evolução de sua personalidade. A instituição de ensino representa um conjunto de regras que garantem a assistência educacional liberal, oferecendo aos indivíduos, preparo para servir a sociedade garantindo a educação da geração vigente.

Dentre as vantagens da aplicação da metodologia da aprendizagem centrada no aluno, pode-se destacar a facilidade de aprendizagem, evidenciando seu verdadeiro potencial; o vínculo do professor com seus alunos; a aprendizagem significativa, que é absorvida de maneira mais intensa e a melhora das relações interpessoais, oriunda de uma promoção da compreensão empática do conteúdo e do entendimento e sensibilidade sobre os aspectos de formação de cada indivíduo aprendiz.

No CAU-USCS, é oferecido um apoio matricial à rede de atenção à saúde municipal, em um processo que efetivamente integra e facilita a reestruturação, o fortalecimento e a própria ressignificação da rede do cuidado no município. Ao mesmo tempo, esta organização dirige a formação médica dos alunos da USCS, contribuindo não só para o desenvolvimento do perfil profissional do estudante, como também para a prestação de assistência médica qualificada à população.

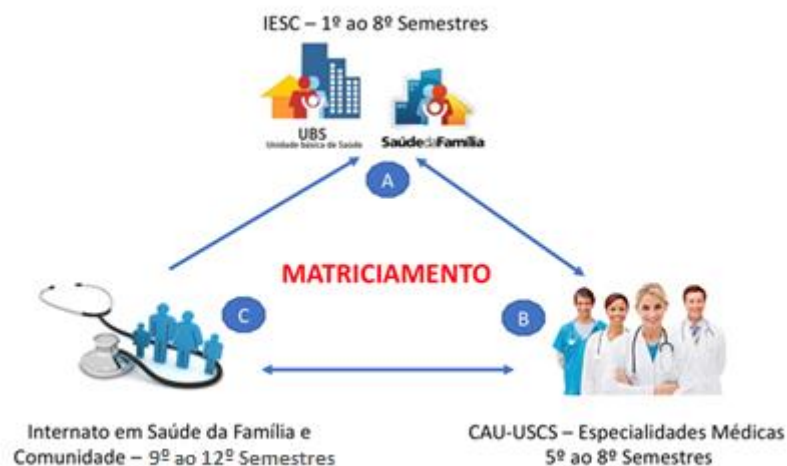
O matriciamento proporciona um programa de educação permanente das equipes, incrementando a resolutividade da atenção primária e aprimorando o fluxo entre as diversas especialidades demandadas pela saúde no município.

Para que ocorram os atendimentos ambulatoriais no CAU-USCS a agenda de marcação de consultas dos especialistas é organizada a partir das reuniões periódicas de apoio matricial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)/ESF do município, onde os alunos do 5º ao 8º semestre que estão no CAU-USCS, já inseridos nessas ESF desde o seu ingresso no Curso de Medicina, mapeiam as necessidades de saúde do território e trazem para as reuniões de apoio matricial os casos selecionados e, conseqüentemente para o CAU-USCS, com a participação dos membros da Equipe de Saúde do Município, os alunos do IESC e os internos.

Assim, é possível desenvolver uma proposta de interação pedagógico-terapêutica para os casos dos pacientes selecionados para apresentação e discussão com o especialista do CAU-USCS, com base no maior grau de complexidade de suas manifestações clínicas (CHIAVERINI, 2011).

Cumprido destacar que as reuniões de apoio matricial contam com a participação dos diferentes especialistas, sendo eles da infectologia, neurologia, geriatria, clínica médica e cirúrgica, ortopedia, acupuntura, homeopatia, nefrologia, reumatologia adulto e infantil, cardiologia, urologia, pneumologia, pediatria, nefrologia, psiquiatria, hematologia, oncologia, oftalmologia, ginecologia e obstetrícia, otorrinolaringologia, dermatologia, gastroenterologia e endocrinologia. A Figura 1 demonstra a dinâmica que norteia as ações de apoio matricial e suas contribuições para a educação, os Serviços e a Comunidade.

Figura 1- Fluxograma de Atendimento no CAU-USCS



Na Figura 1 podemos destacar alguns pontos:

- "A" está predominantemente na ponta do processo, vivenciando a realidade do território e das pessoas que nele vivem;

- "C" está contido em "A", contribuindo para sua formação dos profissionais, na medida em que contribui para a educação permanente e do desenvolvimento do trabalho das ESF, uma vez que o estudante já participou de "A" durante sua formação e agora retorna ao território;

- "B" tem função reguladora da integração das ações de saúde entre as ESF e as Especialidades Médicas e do avanço da fronteira de conhecimento dos estudantes e do desenvolvimento da competência médica;

- "A", "B" e "C" relacionam-se intensamente por intermédio das ações de matriciamento, que é a força que confere sentido ao fluxo do trabalho em equipe e do desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem integrado e integrador. Esta relação pretende impactar positivamente no aumento da resolutividade da atenção básica, principalmente das ESF, com a finalidade de atingir os patamares, relatados na literatura, de resolutividade em cerca de 70 a 80% das necessidades em saúde da população (BRASIL, 2017), além de ser uma estratégia para atingir o perfil do egresso e fixá-los no local de sua formação, pela vivência e reconhecimento profundos e prolongados da atenção à saúde local.

Com o método de encaminhamento de pacientes que necessitam de cuidados especializados para o atendimento ambulatorial universitário no CAU-USCS admite-se que o vínculo entre estudante-paciente seja reforçado na atenção básica. Em alguns casos, o discente pode ter atendido ou conhece o paciente na UBS que é encaminhado para o CAU-USCS, dado o seu contato há quatro semestres com a rotina das ESF, incluindo visitas domiciliares, conhecimento do território, das necessidades em saúde e organização da comunidade. Essa interação de docentes e estudantes do Curso de Medicina com a população, objetiva tornar realidade a atenção primária à saúde, prevista na formação dos egressos com o perfil citado nas DCN.

Segundo as definições da *Royal College of Physicians of London's*, por atenção ambulatorial, entende-se:

[...] o cuidado clínico que pode incluir o diagnóstico, observação, tratamento e reabilitação, não prevista no contexto da internação hospitalar tradicional ou serviços ambulatoriais tradicionais, e que podem ser prestados através da interface de atenção primária / secundária (CANONICI, 2014, p. 8).

Na atenção primária a atenção especializada é o segundo nível de acesso dos cidadãos à assistência sanitária e atua como referência.

No Brasil, observamos que muitas vezes o atendimento ambulatorial atua de modo equivalente à atenção secundária, e, não raro, está incorporado em serviços hospitalares. Cada nível de atenção deve englobar uma determinada densidade tecnológica, conferindo-lhe a possibilidade de exercer sua maior complexidade. Por tal assertiva, podemos enquadrá-lo dentro do contexto da atenção primária. Diferente da atenção primária, a secundária não é destinada à maioria dos usuários de uma população, na maior parte de sua vida. A atenção especializada possui um população-alvo, variando a cada momento, conforme surge a necessidade de cuidados diferenciais e mais específicos (SOLLA; CHIORO, 2012).

O CAU-USCS integra o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como um dos seus pilares a própria rede de atenção, formando um sistema integrado de saúde, que busca assegurar a integralidade do cuidado, a partir de serviços de saúde e arranjos organizativos de ações interligadas através de logística, gestão e apoio técnico (BRASIL, 2010). Para tal, é fundamental que haja uma boa comunicação entre os diversos níveis de atenção à saúde, com o intuito de manter a integralidade da visão e das práticas (CANONICI, 2014).

Com tal base de fundamentação, é privilegiado o sistema integrado de atendimento do CAU-USCS, uma vez que o encaminhamento de marcações é direcionado através da seleção prévia dos casos pelo alunos do IESC, já inseridos nas UBS para discussão nas reuniões de apoio matricial, ou através de referência de outra especialidade interna ao CAU-USCS, ou ainda encaminhamentos excepcionais provenientes da demanda reprimida do município através da regulação, com documento de referência e contra referência.

Um outro problema diz respeito ao fato de que, embora a atenção básica seja a entrada do usuário no SUS, a ampliação da complexidade das ações provoca aumento da demanda de pacientes, bem como de procedimentos complementares de maior custo, o que certamente constitui um ponto de estrangulamento no sistema de saúde. Como resultado obtêm-se filas e longo tempo de espera, sem a salvaguarda do acesso ao serviço em tempo oportuno (SOLLA; CHIORO, 2012).

Nesse contexto, o CAU-USCS foi criado para propiciar um ambiente assistencial e formador de qualidade, conferindo ao serviço ambulatorial já existente no município características de qualidade que resultam em maior resolutividade

clínica, com solicitação crítica de recursos complementares muitas vezes desnecessários, ao mesmo tempo em que diminui os encaminhamentos injustificados aos especialistas.

Com efeito, após a implementação do CAU-USCS foi observado que o apoio matricial das equipes de ESF no município de São Caetano do Sul trouxe uma diminuição da fila de espera para as especialidades, reorganizando assim os processos de trabalho (dados obtidos junto à Regulação do Município).

Com relação à presença de estudantes em todas as atividades do CAU-USCS, e para dirimir argumentos negativos a este fato na relação médico-paciente, em 2005, no período de março a abril, foi realizado um estudo em um hospital privado, desprovido de finalidades acadêmicas, localizado em Brasília. A pesquisa, envolvendo 209 pacientes, revelou que 57% destes desejariam o acompanhamento de acadêmicos do curso de Medicina em suas consultas, pois eles acreditavam que teriam maior atenção e melhor cuidado durante o atendimento (JARDIM, 2008).

Corroborando essa percepção, outro estudo, realizado em 2015, com a participação de 200 pacientes, revela que 98% da população estudada, sentiram-se satisfeita em colaborar para o aprimoramento e aprendizado dos estudantes de medicina (BERWANGER; GERONI; BONAMIGO, 2015).

Estudos atuais evidenciam que o paciente, ao ter seu atendimento médico acompanhado por um estudante, não demonstra, na grande maioria das vezes, reações negativas à satisfação do atendimento, quando comparado a uma consulta sem a presença do acadêmico, com exceção de o motivo do atendimento médico ser relacionado com sexualidade, questões emocionais ou pela necessidade de exame físico íntimo (DORIGATTI *et al.*, 2015).

Um dos principais fatores que interferem positivamente na satisfação é a criação de vínculo pessoal do paciente com toda a equipe de saúde do local e principalmente com aqueles que irão atendê-lo (DORIGATTI *et al.*, 2015). A questão do vínculo dos estudantes com a população atendida no CAU USCS é um dos objetivos primordiais, e sua construção tem início já na inserção destes na atenção primária realizada em UBS desde o início do Curso, com o acompanhamento desse paciente, pelos alunos nas UBS, através do IESC desde o 1º ao 8º semestre.

Em suma, é dificilmente contestável a importância da vivência prática na formação do profissional médico, assim como a colaboração do paciente e o respeito

pelo processo de doença e pelo ser humano que está sendo atendido. (MOIMAZ *et al.*, 2008).

1.2 Educação Permanente em Saúde

Sabe-se que o termo educação permanente foi consolidado na França em 1955 e oficializado no ano seguinte em um documento do Ministro Educacional sobre o prolongamento da escolaridade obrigatória e a reforma do ensino público (GADOTTI, 1988). Após, no final da década de 1960, passa a ser difundida pela UNESCO, fundamentada na teoria do capital humano, que compreende a qualificação do fator humano como um dos mais importantes meios para a produtividade econômica e o desenvolvimento do país (SCHULTZ, 1985).

A denominada Educação Permanente em Saúde (EPS) surge em meados da década de 1980, tendo sido disseminada pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 1988). A OPAS cria uma diferenciação entre os termos educação permanente e educação continuada, considerando a última mais reducionista. No entanto, esta distinção não tem unanimidade no meio acadêmico.

No Brasil, com o SUS e os novos desafios assumidos, a formação dos trabalhadores da saúde passa a ter maior ênfase. No texto da Constituição Federal, Artigo 200 Inciso II, fica estabelecido que “ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da Lei [...] ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988, p. 103). A formação profissional passou a ser reconhecida como fator essencial para o processo de consolidação da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2006). Somente em 2003 é criada, no Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), que assumiu a responsabilidade de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil.

Em 2004, foi implantada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) pela Portaria 198 (BRASIL, 2004). Assim, o Ministério da Saúde assume a responsabilidade constitucional de ordenar a formação de seus recursos humanos. Com a PNEPS criou-se Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) que foram eficazes na difusão da proposta da EPS pelos diferentes municípios brasileiros. É importante situar que no ano de 2005 houve troca do ministro da Saúde,

e alterações no quadro de trabalhadores e gestores SGTES e em agosto de 2007, a PNEPS foi alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996 (BRASIL, 2007). As Comissões Integração Ensino Serviço (CIES) e os Colegiados de Gestão substituem os PEPS na gestão da EPS (BRASIL, 2007).

Assim, a Educação permanente em saúde colabora para formação em saúde.

1.3 Processo de ensino e aprendizagem

Quando se trata do processo de ensino e aprendizagem destaca-se a didática utilizada. Didática é a ciência, teoria, técnica, tecnologia, arte; e seu conteúdo semântico é: ensino, instrução, comunicação de conhecimentos, aprendizagem, processos de ensino-aprendizagem. Assim, a finalidade da didática é: formação, instrução formativa, criação de cultura (DIAS *et al.*, 2019).

Para Carl Rogers (1985), estudioso e pioneiro da abordagem centrada no cliente, há três atores fundamentais para processo de aprendizagem, sendo eles o professor, o aluno e a instituição de ensino. Para esse autor, o professor é o facilitador e mediador da aprendizagem; o aluno é o ator condicionante do ensino; e, por fim, a instituição é o meio /canal de comunicação no qual o conhecimento é compartilhado. A pedagogia é tradicionalmente a arte e a ciência da educação, enquanto a didática aparece como a ciência e a arte do ensino. O professor universitário precisa de conhecimentos da área que leciona e de habilidades pedagógicas para proporcionar um aprendizado eficaz. O despreparo e o desconhecimento científico do processo ensino-aprendizagem, pelo qual o docente universitário é responsável quando entra na sala de aula.

No método, o professor recebe a ementa da disciplina pronta e planeja suas aulas individualmente, não sendo orientado sobre processos de planejamento, metodologias e avaliação. A “falta de didática” é uma das críticas mais contundentes ao professor universitário e, dessa forma, o estudo da Didática torna-se necessário. O artigo 66 da LDB (BRASIL, 1996) indica que é na pós-graduação *stricto sensu* que se deve formar o professor universitário.

Assim, o aluno é considerado como o sujeito da aprendizagem, e cabe ao professor o colocar em situações de investigação; incentivar, orientar e organizar situações de aprendizagem, de acordo com as capacidades e características individuais dos alunos.

A didática contribui para constituir o fundamento do liberalismo econômico, pois fornece as bases científicas para explicar as diferenças individuais e as desigualdades escolares (o fracasso), como próprias da natureza individual de cada criança.

Na literatura encontramos duas concepções de formação docente universitária, sendo elas a não profissional e a profissional. A formação não profissional considera que o ensinar é aprendido, ou seja, a formação docente à mera reprodução de modelos existentes anteriormente.

Já a formação universitária profissional defende que o ensino efetivo é uma tarefa complexa de grande desafio social. Esta apresenta altas exigências intelectuais e que ensinar consiste em uma série de habilidades básicas que podem ser adquiridas, melhoradas e ampliadas por meio de processo consistente de formação.

Seguindo nesta vertente, a atuação docente na medicina considera a reprodução de modelos válidos, apreendidos anteriormente, e à experiência prática cotidiana. Essa atuação reflete a formação não profissional, adquirida de forma não reflexiva, como algo natural, chamado senso comum.

Ao longo dos anos o ensino universitário tem se baseado em um modelo altamente conservador e tradicional, o qual é inspirado no mecanicismo cartesiano newtoniana e se tornou fragmentado e reducionista. Dessa forma, temos dentro das Universidades professores altamente especializados, que ocupam um papel central na transmissão de conhecimento, enquanto, o aluno passivamente o adquire, tornando-se meramente um expectador, sem a necessária crítica e reflexão.

Uma das principais questões relacionadas à atuação do professor universitário refere-se à relação entre ensino e aprendizagem. Trata-se de um assunto bastante polêmico. Para Abreu e Masetto (1990, p.45), uma das mais importantes opções feitas pelo professor dá-se entre o ensino que ministra ao aluno e a aprendizagem que este adquire. Muitas críticas, no entanto, têm sido feitas à postura dos professores que conferem maior ênfase ao ensino.

Conforme Vigotsky (1988, p. 125),

[...] o professor universitário deve ser um agente mediador deste processo, propondo desafios aos seus acadêmicos e ajudando-os a resolvê-los, ou proporcionando atividades em grupo, em que aqueles que estiverem mais adiantados possam cooperar com os que tiverem mais dificuldades.

O professor é coparticipante do processo e, portanto, deve mediar e orientar seu aluno, pois a relação professor-aluno é de grande importância para o processo de aprendizagem em nível universitário, pois estabelece um elo de ligação e de comprometimento com a construção do conhecimento.

Autores afirmam que a formação crítica do estudante do ensino superior está ligada a importância da didática e do papel docente no processo de ensino-aprendizagem no ensino traz a eles a reflexão construtivista desse processo e atuação do docente na sala de aula e fora dela (Borges e Alencar, 2014). Assim, a metodologia de ensino-aprendizagem implica currículos integrados e organizados por módulos de ensino, com relações mais horizontais alunos e docentes (FREIRE, 2006).

Em relação a atuação aluno e professor tratamos muito o conceito e a atuação do professor universitário refere-se à relação entre ensino e aprendizagem, e os tipos de metodologias utilizadas em sala de aula e fora dela. O professor, mestre em sua ciência específica, é um eterno aprendiz das relações. Aprende-se a se relacionar, ensinando condutas. O aprendizado único em sala de aula significa aos estudantes, uma vez que este aprendizado pode se figurar apenas no nível do abstrato, não o tornando acessível quando materializado em situações cotidianas do profissional de saúde. Desta forma, a importância da lacuna entre teoria e prática. Assim, o ensino com a prática representa "um recurso capaz de preencher a referida lacuna e promover a integração entre pacientes, familiares, profissionais e estudantes da área de saúde" (BENEDETTO; BLASCO; GALLIAN, 2013, p. 9).

A sala de aula, caracterizada como espaço de concreto, é o local onde os atores sociais constroem, a partir desse espaço fundamental, os alicerces necessários para que todo o esforço empreendido pelo professor nas metodologias de ensino e também pelo aluno no processo de aquisição de conhecimento vai colaborando, positivamente, com a edificação dos sujeitos transformadores da sociedade. Assim, acrescenta as metodologias ativas como formas de desenvolver o processo do aprender que os professores utilizam na busca de conduzir a formação crítica de futuros profissionais nas mais diversas áreas (OLIVEIRA, 2004).

Assim, o ensino e utilização das metodologias como principal instrumento de autonomia do aluno, desperta a curiosidade, estimula tomadas de decisões individuais e coletivas, advindos das atividades essenciais da prática social e em contextos do estudante e aprendizado, destaca-se o professor como o condutor do processo. O professor precisa saber ver e compreender o que o aluno está fazendo e muitas vezes

esperar o momento adequado para interferir e auxiliá-lo. Então, o professor tem que ter uma atitude de abertura ao diálogo e de parceria com o aluno (CAVALCANTI, 2018).

Seguindo nesta vertente, autores afirmam que ao longo da graduação, os estudantes, em específico de medicina não são ensinados a enfrentar a dor, o sofrimento e a morte, as quais são, na verdade, condições existenciais do ser humano e farão parte do dia a dia deste profissional (BENEDETTO; BLASCO; GALLIAN, 2013). Quando o aluno interage com o paciente inicia o processo de repensar a construção do conhecimento, na qual a mediação e a interação são os pressupostos essenciais para que ocorra aprendizagem (MACIAS, 2017).

A formação médica, objetiva articular os conhecimentos adquiridos na formação inicial, muitas vezes fragmentados e desarticulados, com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população (DIAS *et al.*, 2019).

Para os estudantes a atividade de ensino mais importante da semana é o grupo tutorial. As habilidades, especialmente de comunicação, visto que a comunicação do aluno, traz a esse aluno desenvolvimento de uma postura mais crítica sobre os comportamentos médicos mais adequados e também demonstra alguma receptividade para praticar um modelo mais humanizado de comunicação médica em sua atuação como futuro profissional (BORGES; ALENCAR, 2014).

Assim, quando estão em prática, graduandos de Medicina relatam que suas questões emocionais são ignoradas e um resultante é a negação e distanciamento. Por outro lado, quando identificado traços de humanidade perceptíveis nos mais variados pacientes trazidos nas narrativas abordadas, percebe-se que existe um número maior de coisas para unir e aproximar os seres humanos que para separá-los (BENEDETTO; BLASCO; GALLIAN, 2013).

Formar o médico adequado, competente, atualizado, com bagagem científica e postura profissional é o desafio que o início do século XXI coloca às instituições universitárias. A empatia no relacionamento médico paciente é uma nova habilidade a ser contemplada. Dentro do contexto do humanismo médico e profissionalismo, uma habilidade em especial tem se mostrado importante no relacionamento médico paciente – a empatia (ANDRADE *et al.*, 2018). Autores apontam que o estudante de medicina sai das escolas médicas com conhecimentos impressionantes sobre os variados aspectos da ciência médica, porém lhe falta a capacidade de integrar esse

saber (OLIVEIRA, 2018; PACHECO *et al.*, 2019). E, o que é pior, muitos carecem de uma sabedoria que é vital: A arte médica, ou seja, saber conhecer quem é o paciente por trás da doença, para com criatividade de artista, poder cuidar dele.

Trindade e Vieira (2013) apontam que os pacientes aparentemente gostam de ser atendidos por estudantes, e no mesmo estudo demonstram que o estudante está no processo de aprendizado, mas de alguma forma o estudante, pode ter internalizado processos mais humanizados.

Benedetto, Blasco e Gallian (2013) demonstraram que quando houve o atendimento ao paciente classificado como difícil, em virtude do seu mau humor e péssimo comportamento, e tentou-se proceder de maneira distinta, no olhar demonstrado o interesse em sua vida, houve uma abertura e oportunidade de estabelecer um ótimo relacionamento profissional/paciente, que se estendeu por muitas outras consultas, até que o aluno deixasse o estágio no ambulatório. Os resultados foram positivos, pois o paciente apresentou melhoras de comportamento, passou a aderir ao tratamento e deixou de causar aversão dos demais estudantes e profissionais que lidavam com ele.

Em se tratando da educação de nível superior, sempre se estigmatizou que para ser considerado um bom docente universitário, bastaria ter um vasto conhecimento na área da disciplina lecionada e uma boa oratória; contudo é perceptível que a cada dia mais os estudantes do nível superior, chegam com suas personalidades formadas, uma bagagem de conhecimento muito grande, frutos de uma sociedade globalizada e informativa. Para Dewey, o pensamento reflexivo tem uma função instrumental, origina-se no confronto com situações problemáticas, e sua finalidade é prover o professor de meios mais adequados de comportamento para enfrentar essas situações (DORIGON; ROMANOWSKY, 2008).

Entretanto, vários estudos educacionais mostraram que as habilidades de comunicação podem e devem ser ensinadas durante o treinamento médico. Durante esse processo, os alunos devem não apenas coletar informações com habilidade, mas também estabelecer parcerias com os pacientes para promover a expressão de seus sentimentos e preocupações, bem como entender suas crenças e fornecer protocolos de tratamento (STOCK; SISSON; GROSSEMAN, 2012).

Em relação a comunicação, os pacientes relatam que os médicos não esclareceram suas preocupações ou não entenderam ou se lembraram das opiniões do médico sobre diagnóstico e tratamento, e quase nenhuma consulta incluem a

educação do paciente. Neste sentido, a inserção do estudante no ambiente do ambulatório, pode contribuir para otimizar e melhorar a comunicação entre médico e paciente.

O ensino tem, portanto, segundo Bulgraen (2010) e Libâneo (2010), como função principal garantir o processo de transmissão e assimilação dos conteúdos do saber escolar e através desse processo, o desenvolvimento de capacidades cognoscitivas dos alunos, de maneira que, o professor planeje, dirija e comande o processo de ensino, tendo em vista estimular e suscitar a atividade própria dos alunos para a aprendizagem. Uma das mais importantes ações realizadas pelo professor está entre o ensino que é ministrado ao aluno e a aprendizagem que este adquire.

Desta maneira realizam o papel de facilitadores, mediadores da aprendizagem, conforme linguagem e ideias de Carl Rogers. À medida que a ênfase é colocada na aprendizagem, o papel predominante do professor deixa de ser o de ensinar, e passa a ser o de ajudar o aluno a aprender.

Na perspectiva de Rogers, essas três atitudes fazem parte de um conjunto que deve estar integrado na pessoa do professor. Para melhor explicitá-las, de modo a correlacionar tais conceitos com os achados no grupo focal realizado com os docentes. A primeira, também definida como aceitação positiva incondicional, descrita por Rogers (1974), se expressa na capacidade de aceitar a pessoa do aluno, os seus sentimentos, as suas opiniões, com valor próprio, e confiar nele sem o julgar. É a confiança no organismo humano e a crença nas suas capacidades enquanto pessoa.

O segundo e terceiro pressupostos elencam a prática fenomenológica que sustenta a experiência subjetiva do indivíduo, surgindo conseqüentemente, o conhecimento do outro segundo seus referenciais e a forma de relacionamento constituída como um encontro entre pessoas (ROGERS, 1974).

A compreensão empática, definida como segundo pressuposto de Rogers (1974), é um processo que significa a capacidade de penetrar no universo do outro, sem julgamento, com a consciência dos seus sentimentos, respeitando o ritmo de descoberta de si mesmo, fazendo com que o outro se sinta aceito e compreendido como pessoa na sua totalidade a partir do seu quadro de referência interno.

Menezes *et al.* (2019) afirma que, o desafio das instituições de ensino é proporcionar um ambiente favorável onde os estudantes e os professores se sintam livres descobertas, sem que haja censura externa.

Dito de outra forma, os achados corroboram com a proposta de aprendizagem auto iniciada apresentada por Rogers (1974), que envolve a pessoa do estudante de forma holística, unindo os sentimentos e o intelecto, tornando-se assim, uma aprendizagem ainda mais duradoura.

É inegável a importância da avaliação no processo de ensino e aprendizagem, cujo objetivo geral é monitorar o desenvolvimento acadêmico, identificando falhas de professores e alunos e corrigindo-as imediatamente. Além disso, os métodos e o conteúdo escolhido terão um impacto profundo não apenas no que os alunos aprendem, mas também no modo como aprendem.

A relação de troca de conhecimento entre alunos, professores, profissionais do serviço e usuários podem ajudar a formar uma nova imagem profissional comprometida em fornecer serviços médicos de alta qualidade para atender às necessidades reais dos pacientes. Destaca-se a participação do professor no processo de repensar a construção do conhecimento, na qual a mediação e a interação são os pressupostos essenciais para que ocorra aprendizagem. Assim, uma proposta construtivista para o ensino superior consiste em educar para a autonomia, através de metodologias inovadoras, para a descoberta, utilizando-se da pesquisa, participação dos alunos, trabalhos em grupo, como um meio de aprofundar e ressignificar os conhecimentos.

Com a mudança de paradigma na saúde, à medida que diminui a hegemonia dos modelos biomédicos e aumenta a importância da racionalidade biopsicossocial para os fenômenos relacionados aos processos de saúde, a medicina foi ajustada no campo dos médicos e da prática médica de pesquisa e gestão em saúde (BRANDÃO, 2013).

De acordo com Borges e Alencar (2014) a formação crítica do estudante do ensino superior está ligada a importância da didática e do papel docente no processo de ensino-aprendizagem no ensino, isso ocorre com a apresentação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que sirvam como recurso didático na formação crítica e reflexiva do aluno universitário, o que nos levará a uma reflexão construtivista do processo de ensino aprendizagem e atuação do docente na sala de aula e fora dela.

Quando o aluno interage com o paciente inicia o processo de repensar a construção do conhecimento, na qual a mediação e a interação são os pressupostos essenciais para que ocorra aprendizagem (MACIAS, 2017).

O objetivo é garantir a graduação de médicos com perfil adequado às necessidades sociais, ou seja, voltada à assistência integral à saúde, orientada à compreensão global do processo de saúde-doença e comprometida com a melhoria da qualidade de vida do ser humano; formar profissionais com capacidade de desenvolver ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e resolução dos principais problemas de saúde do indivíduo e da comunidade, com senso ético, humanístico e compromisso social (DIAS *et al.*, 2019).

A aprendizagem ambulatorial supervisionada permite que os estudantes possam integrar o aprendizado teórico com a prática, através sobretudo do desenvolvimento do raciocínio clínico. O conhecimento é mais sólido quando ligado a interações sociais e atividades práticas (IRBY, 1995). Em que pese o importante papel do desenvolvimento inicial de habilidades médicas em cenários simulados com o uso não apenas de interações inter pares, com atores ou ainda com o uso de simuladores tecnologicamente subjetivos, a verdadeira formação profissional ocorre no contexto das práticas (com o devido foco na segurança do paciente), em um conjunto de planejamento curricular integrado.

Destaca-se que o processo de ensino e aprendizagem do raciocínio clínico trata dos aspectos relatados pelos estudantes quanto ao aprendizado do raciocínio clínico: o docente como modelo a seguir, a importância da comunicação no atendimento clínico e as condições favoráveis ao aprendizado. Visto que a eficácia do professor é um atributo essencial ao trabalho docente, considerando-se que o estudante o observa como modelo profissional. Assim, os programas de desenvolvimento docente devem almejar fortalecer não apenas as habilidades pedagógicas, mas também as habilidades afetivas (FORNAZIERO; GORDAN; GARANHANI, 2011).

Frente a esta realidade, surge a questão que norteia a presente pesquisa: como cada um dos atores envolvidos com a atividades dos estudantes do 5º ao 8º semestre do Curso de Medicina da USCS no CAU-USCS percebe esta inserção acadêmica de formação médica e educação permanente.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Analisar a percepção sobre as atividades dos estudantes do 5º ao 8º semestre do curso de medicina da USCS no Centro Ambulatorial Universitário pelos diferentes atores envolvidos.

2.2 Objetivos específicos

Avaliar a percepção da inserção dos estudantes do 5º ao 8º semestre do curso de Medicina da USCS no CAU-USCS, sob a experiência e percepção dos atores:

- ✓ Usuários, quais sejam pacientes, acompanhantes ou familiares próximos;
- ✓ Estudantes do 5º ao 8º semestre do curso de Medicina da USCS;
- ✓ Equipe de saúde do CAU-USCS e ESF envolvida no matriciamento; e
- ✓ Docentes do curso de medicina do CAU-USCS.

O produto deste estudo foi desenvolver um modelo de avaliação de estágio que contemple aspectos considerados pertinentes pelos diferentes atores envolvidos na inserção dos estudantes.

3 PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

A pesquisa qualitativa proposta neste projeto, utilizará a metodologia de Grupo Focal para a coleta dos dados e Análise do Discurso para verificar relações e processos do universo de significados, valores e atitudes, de acordo com a natureza qualitativa do construto (MINAYO, 2001). Grupo Focal é uma técnica utilizada para coleta de dados, que está inserida na pesquisa qualitativa, utilizada para fins específicos (AFONSO; COUTINHO, 2003; COLOGNESE; MELO, 1998; MINAYO, 1994); e, que deve ser reproduzida como uma narrativa relacional, para ser analisada de forma fundamentada, nas teorias de grupo, na sociologia e na psicologia social crítica (BION, 1975).

A técnica de Grupo Focal (GF) tem origem anglo-saxônica e foi introduzida no final da década de 1940. A partir desta data, sua aplicação se expandiu como método de pesquisas sociais, principalmente as que trabalham com avaliação de programas, regulamentação, propaganda, comunicação e marketing (STEWART; SHAMDASANI, 1990). Caracterizada por ter um custo baixo associado à sua aplicação; bem como possibilidade de uma coleta de dados confiáveis em curto prazo, a metodologia de grupos focais foi massivamente incorporada em pesquisas de marketing (PATTON, 1990; SILVA; TRAD, 2005).

Em contrapartida, na área de saúde, os grupos focais são aplicados de maneira mais consistente a partir da segunda metade dos anos 80 (CARLINI-COTRIM, 1996; VEIGA; GONDIM, 2001).

Carlini-Cotrim (1996) baseada em uma criteriosa pesquisa na base MEDLINE, destaca o fato de que, até 1984, o índice de estudos publicados em Saúde Pública que utilizassem grupo focal era considerado irrisório. Entretanto, no período de 1990 a 1994, a autora evidenciou um aumento significativo de pesquisas utilizando o método, atestado pela média de dois trabalhos publicados por mês. É importante ressaltar que, os Estados Unidos lideram o *ranking*, com o maior número de publicações sendo que 57% da produção total pode ser localizada na base MEDLINE. O Brasil, até dado momento, era representado em apenas duas publicações, ambas realizadas em colaboração com pesquisadores norte-americanos (BRASIL, 1996).

Os grupos focais, circunscritos entre a observação do campo e as entrevistas individuais, têm sido identificados com a expressão: “bisbilhotar estruturado”, de acordo com Powney (1988 *apud* BARBOUR, 2009), por estarem situados, conforme o autor, no *continuum* entre a estrutura e a espontaneidade.

Barbour (2009), defende que, é justamente a capacidade de introduzir alguma estrutura que dá aos grupos focais mais eficiência, bem como os vários *insights* possíveis de serem elucidados a partir da interação com os indivíduos participantes, no momento em que os dados são coletados. Sendo assim, a busca pela “espontaneidade” traduz-se num aspecto de naturalidade para os fenômenos a serem investigados.

O construto estudado na pesquisa qualitativa por meio do Grupo Focal deve estar relacionado às ressignificações necessárias para o momento da pesquisa. Ressignificações, compreendidas como o estudo dos fenômenos novos, criados no CAU-USCS, a partir de 2017, quando de sua inauguração. A adesão dos acadêmicos do 5º ao 8º semestre do Curso de Medicina da USCS, a compreensão e representação de forma simbólica, para os pacientes, familiares, acompanhantes, equipe de saúde, docentes e para os próprios acadêmicos.

A narrativa relacional deve refletir a interação grupal, isto é, o processo vivenciado no grupo (grupo de trabalho), em relação ao evento de interesse, de forma que, considere as opiniões, sentimentos e pontos de vista individuais e do grupo; corroborando assim para o propósito deste estudo, que é, uma coleta de dados para uma investigação qualitativa (CANALES; PEINADO, 1995; NERY, 1997).

O método adotado para a realização desse estudo foi o grupo focal. A escolha desse método de pesquisa qualitativa pode ser explicada pela intenção de ampliar o olhar do pesquisador e propiciar maior riqueza informacional, conduzindo ao encontro de diferentes percepções acerca de uma prática em educação em saúde que carrega consigo inquietações. Essa metodologia é simples e rápida, e consegue ultrapassar a perspectiva individual e atingir uma perspectiva do grupo social (AFONSO; COUTINHO, 2003).

Os grupos foram realizados com estudantes de medicina, pacientes e professores. O grupo focal é bastante popular em pesquisas atualmente devido à flexibilidade que possui. Esse método apresenta uma literatura substancial sobre como conduzir o estudo em várias disciplinas, como, por exemplo: educação, comunicação, estudos de mídia e psicologia social.

Essa técnica consiste de pequenos grupos que participam de uma entrevista com um tópico específico entre trinta minutos e duas horas, na qual o entrevistador deverá estimular os participantes da entrevista para obter suas respostas. Nessa pesquisa foi adotado o grupo focal para estudantes, professores e alunos.

Por fim, para a análise dos conteúdos dos grupos, enfatiza-se a necessidade de utilização, nesse processo, de um método capaz de apreender opiniões solidamente mantidas e frequentemente expressas (GOMES; BARBOSA, 1999).

No caso específico de pesquisas avaliativas, a análise sistemática e cuidadosa das discussões vai fornecer pistas e *insights* sobre como a inserção dos estudantes do 5º ao 8º semestre do curso de Medicina da USCS no CAU-USCS é percebida (CARLINI-COLTRIN, 1996).

Sabe-se que entre as técnicas mais empregadas na fase de análise de grupos focais, destacam-se a análise de conteúdo e a análise do discurso. Além disso, quando o grupo focal é utilizado em combinação com outras técnicas metodológicas, o que não se aplica para o presente trabalho, recomenda-se proceder à triangulação das informações como parte do processo de validação dos dados coletados.

A análise, propriamente, será conduzida a partir do método de análise do discurso, que é caracterizada pela realização de leitura exaustiva do material, a fim de explorá-lo e construir o tratamento e interpretação dos dados coletados. De outra forma, neste momento, será identificado o contexto da produção do discurso para codificá-lo, identificando suas unidades de registros, assim como as categorias que dele emergem.

Ressalta-se ainda, que o processo de análise contemplará dois momentos conclusivos: análise específica de cada grupo focal e análise cumulativa e comparativa do conjunto dos grupos realizados. Em suma, o objetivo deste processo será identificar as tendências e padrões de respostas associadas com o objetivo do estudo (GASKELL, 2002; MORGAN, 1997; WHO, 1992).

Salienta-se que neste estudo, os grupos focais foram realizados pela pesquisadora principal e por pesquisadoras convidadas, devidamente capacitadas. Todos os participantes aceitaram participar do estudo após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II), desde que compreendam e concordem com o mesmo. Foram convidados a participar do estudo, 6 a 7 participantes de cada grupo descrito a seguir:

- ✓ Acadêmicos do 5º ao 8º semestre;
- ✓ Usuários (pacientes, familiares e acompanhantes) do CAU-USCS;
- ✓ Equipes de saúde do Hospital São Caetano ou UBS (onde ocorrem as reuniões da Apoio Matricial);
- ✓ Docentes do Curso de Medicina do CAU-USCS.

3.2 Local

Centro Ambulatorial Universitário da USCS (CAU-USCS) no Hospital São Caetano.

3.3 Amostra e Amostragem

Os critérios para a seleção da amostra foram determinados pelo objetivo do estudo; foram compostas de forma intencional e por conveniência (GONDIM, 2002), abrangendo todos os atores que compõem o cenário, quais sejam acadêmicos do 5º ao 8º semestre do Curso de Medicina da USCS, pacientes e familiares/acompanhantes, equipe de saúde, docentes. Farão parte da amostra, 4 grupos distintos e complementares para o estudo, quais sejam: GRUPO 1: 6 a 7 acadêmicos do 5º ao 8º semestre do Curso de Medicina da USCS; GRUPO 2: 6 a 7 docentes especialistas do CAU-USCS; GRUPO 3: 6 a 7 pacientes e/ou acompanhantes que tiveram sido atendidos no CAU-USCS; GRUPO 4: 6 a 7 membros da equipe de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, recepcionistas) que atuam no CAU-USCS e ESF onde ocorre o matriciamento.

3.3.1. Amostragem

A amostragem foi realizada de forma intencional e por conveniência (GONDIM, 2002), abrangendo todos os atores que compõem o cenário, quais sejam discentes, docentes, usuários e equipe de saúde.

3.3.2 Critérios de inclusão

Além de atenderem os objetivos do estudo, os critérios para a seleção da amostra respeitaram os critérios do Comitê de Ética. Dessa forma, para esse estudo foram considerados critérios de inclusão, que os participantes, de todos os grupos possam:

- ✓ Ler, compreender, aceitar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- ✓ Ter idade acima de 18 anos;
- ✓ Os acadêmicos do 5º ao 8º semestre do Curso de Medicina da USCS, regularmente matriculados e que frequentam o CAU-USCS.
- ✓ Os docentes especialistas do Curso de Medicina da USCS que atuam no CAU-USCS;
- ✓ Os pacientes e/ou acompanhantes que tiveram seu atendimento no CAU-USCS;
- ✓ Os membros da equipe de saúde que atuam no CAU-USCS.

3.3.3 Critérios de exclusão

- ✓ Os participantes, de todos os grupos, que, por quaisquer motivos não tenham lido ou manifestem não compreender, ou não assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- ✓ Idade mínima menor de 18 anos até o momento de participar da pesquisa;
- ✓ Acadêmicos do 1º ao 4º semestre do Curso de Medicina;
- ✓ Acadêmicos que não estejam regularmente matriculados no Curso de Medicina da USCS no ano de 2019;
- ✓ Médicos especialistas que não sejam do corpo docente do Curso de medicina da USCS no ano de 2019;
- ✓ Pacientes e/ou acompanhantes que não tiveram seu atendimento realizado no âmbito do CAU-USCS no ano de 2019;
- ✓ Qualquer membro da equipe de saúde que não faça parte da equipe do CAU-USCS no ano de 2019.

3.4 Procedimentos

O foco da pesquisa qualitativa está em fatos eventos, fenômenos, experiências vividas, sentimentos e uma determinada ação. Mais profundamente, o objetivo pode ser o de experimentar o resultado de uma determinada ação ou vivência, em certa população que tenha presenciado o evento estudado (TURATO, 2005), de modo que a análise pode ocorrer a partir de relatos expostos em um grupo, como é o caso do grupo focal.

Contudo, para que seja possível fazer essa avaliação, é preciso obter um resultado de qualidade do grupo focal. O resultado que é extremamente dependente de seu moderador e como ele conduz a sessão sob o propósito do estudo. A organização do grupo focal também é importante, sendo que um número reduzido de participantes (6 a 7 pessoas) seja o ideal, para que todos possam ter tempo, uma vez que, a duração deve ser de no máximo uma hora, e liberdade de falarem e exporem suas opiniões (KIND, 2004).

Merton, Fisk e Kendall (1956) foram uns dos pioneiros a utilizar esse método de trabalho, com o objetivo de investigar o grau de persuasão de ações de marketing na época da Segunda Guerra Mundial. Já na área da saúde, o método de grupo focal é usado desde a década de 90, buscando avaliar questões a partir da experiência de um coletivo (FIEDLER, 2008).

Ocorreram três seleções de grupos, uma com os estudantes de medicina do 5º ao 8º semestre; com os usuários do sistema de saúde do CAU-USCS; e docentes do curso de medicina do CAU-USCS. O convite foi feito aos acadêmicos que estiverem no final de seu ciclo ambulatorial, para que eles possam ter tido tempo de contato com a equipe de saúde e os docentes. Em relação aos usuários selecionados fez-se necessário que estes tivessem contato com os acadêmicos selecionados anteriormente, para que assim todos os grupos possam ter a mesma experiência em comum a ser discutida.

O estudo seguiu metodologia proposta (Quadro 1) na literatura com relação à disposição dos grupos, organização do local, seu gerenciamento e registro (BARDIN, 1995; CARLINI-COTRIM, 1996; DEBUS, 1997; TURATO, 2003; WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

Quadro 1- Desenvolvimento de um Grupo Focal

Preparo do material, com transcrição das entrevistas gravadas e adição de anotações extras
Pré-análise através de leituras flutuantes
Categorização ao destacar os assuntos por relevância e/ou repetição e posterior transformação em dados brutos
Validação externa com o grupo de pesquisa
Apresentação dos resultados com uso de citações ilustrativas das falas

Fonte: Adaptado de Pommer; Pommer (2014).

Após a coleta, os dados foram organizados em consonância com as etapas propostas por Bardin por meio do método de análise de conteúdo: análise prévia, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Em seguida, foram expostos em categorias de análise e, para a apresentação dos dados, foram utilizados recortes de relatos dos profissionais de saúde.

A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 1995).

A exploração de material é a segunda fase, e envolve a exploração do material com definição de categoria (sistemas de codificação) e identificação de unidades de registro (significado da codificação corresponde ao segmento de conteúdo que deve ser considerado como a unidade básica, categorizar e contar a frequência) e unidades de contexto em documentos (unidade de entendimento para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento mensagem, para entender o significado exato da unidade de registro).

A terceira etapa envolve o processamento de resultados, raciocínio e interpretação. Esta etapa é projetada para processar resultados; ocorrendo a condensação e as informações são destacadas em última análise, interpretação inferencial; análise reflexiva e criticismo (BARDIN, 1995).

3.5 Variáveis

Os participantes não foram separados por sexo ou idade, por um motivo pragmático, pois não seria factível a composição de muitos grupos. Grupos muito homogêneos, podem causar um certo elemento de risco, ou seja, a composição pode ser feita de forma mais calma, silenciosa, de forma a não expressar facilmente suas opiniões. Poderia se pensar que esta informação fosse demasiada delicada para expor ante grupos mistos. Importante notar que, conforme citado anteriormente, em seção específica, a formação dos grupos do CAU-USCS, já mantém uma certa heterogeneidade.

3.6 Tratamento e Análise dos dados

Foi realizada a elaboração dos dados e análise do discurso com programas (análise temática do conteúdo) referente aos Grupos Focais. Estes devem expressar informações que permitam a reflexão sobre a atual formação dos médicos, num ambiente integrado entre o Serviço Municipal de Saúde e a academia, sob a luz da experiência clínica adquirida no CAU-USCS, pela relação entre pacientes, acadêmicos do 5º ao 8º semestre, docentes do Curso de Medicina da USCS e equipe de saúde do setor supracitado, em duas fases, que segundo Bardin (1995), seriam:

- ✓ a pré-análise => revisão do texto após a transcrição dos áudios gravados nos Grupos Focais pelo software SONIX (versão 2016);
- ✓ o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação => análise qualitativa manual.

Após, a análise crítica qualitativa utilizou as narrativas como base para conceituar os construtos, necessários para a análise e compreensão das inter-relações apresentadas nas histórias referidas, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição das mensagens dos atores envolvidos, de forma que seja possível criar produtos para analisar a intersubjetividade como valor formador do ensino médico universitário contemporâneo (BARDIN, 1995).

4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul antes de ser iniciada, conforme CAAE nº 24546719.40000.5510 e parecer nº 3.700.860.

Todos os atores participantes dos Grupos Focais receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice II), conforme resolução CNS Nº466/2012.

Salienta-se que neste estudo não há conflito de interesses.

4.1 Análise dos riscos e benefícios

Riscos: No decorrer da pesquisa o voluntário (a) pode incomodar-se com alguns dos assuntos abordados no grupo focal, assim como com a opinião apontada pelos outros participantes. À exceção disso, não há nenhum risco ou procedimento invasivo.

Benefícios: Na dependência dos dados obtidos pelo presente estudo poderão ser produzidas ações, intervenções, capacitações, manuais e/ou protocolos a serem aplicados no ambiente do CAU e atenção primária.

4.2 Medidas para minimização dos riscos

Um bom esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa e a confidencialidade dos dados obtidos, bem como sobre a identidade dos participantes, pode minimizar qualquer tipo de incômodo ou constrangimento pela realização do Grupo Focal.

4.3 Medidas para proteção da confidencialidade

Ao inserir o voluntário a participar da pesquisa, apresenta-se um termo de confidencialidade que é assinado pelo pesquisador, garantindo assim toda a privacidade do voluntário participante.

5 RESULTADOS

Neste estudo, o resultado esperado foi a elaboração de um projeto aplicativo que pudesse intervir positivamente em relação aos dados obtidos, ou seja, construir um produto fundamentado nas análises dos discursos dos grupos focais conforme supracitados a fim de valorar a formação do ensino médico universitário contemporâneo.

5.1 Resultados grupo focal pacientes

Por meio dos dados sociodemográficos podemos obter os dados dos pacientes participantes do estudo, que foram 05 pessoas, sendo do sexo feminino (40%) e masculino (60%). Em relação à idade, a média foi de 48,4 anos. A menor e maior idade foi 35 e 58 anos, respectivamente.

A seguir apresentaremos a análise compreensiva das entrevistas organizadas em categorias que representam o contexto vivenciado dos participantes sobre o atendimento prestado no CAU-USCS. As transcrições cuidadosas das entrevistas nos possibilitaram o desvelamento de três grandes categorias e suas subcategorias mais relevantes. Foram elas:

- A. Como você percebe a presença dos alunos do 5º ao 8º semestre do curso de medicina da USCS nas atividades ambulatoriais do CAU-USCS? Conforme Quadro 2.
 - I. Sabem quem é o estudante e quem é o professor;
 - II. Percebo a inserção dos alunos do 5º ao 8º semestre do curso de medicina da USCS nas atividades ambulatoriais do CAU-USCS como produtiva;
 - III. Percebo a inserção dos alunos como positiva para a formação;
 - IV. Percebo a inserção dos alunos como momento de tirar dúvidas.

Quadro 2- Representação das categorias identificadas pelos pacientes em relação à inserção dos alunos

1. Sabem a diferença (médico e estudante)	<ul style="list-style-type: none"> • “[...] quem é o estudante, quem é o médico eu até aprovo o jeito que eles fazem a primeira abordagem”. • “[...] é bem perceptível. Tem o médico que está coordenando a consulta e eu acho muito”. • “[...] então eu consigo perceber quem são os alunos. É perceptível”.
2. Produtiva	<ul style="list-style-type: none"> • “[...] sempre foi muito produtiva”. • “[...] extremamente importante porque nada melhor que a prática para aprender algo”. • “[...] sou bem atendido, se faz necessário essa interação com os alunos e paciente sim”.
3. Formação	<ul style="list-style-type: none"> • “[...] eu acho muito importante a participação do aluno para a formação dos futuros médicos”. • “[...] bem bacana a forma com que as consultas são realizadas”. • “[...] eles dão muita atenção, tudo que é benéfico para gente, eles procedem tudo como o médico faria, isso na minha opinião”. • “[...] eu acho muito legal, é o que ele falou, a gente é bem atendido até por ser mais de uma pessoa atendendo. E às vezes, a pergunta deles acabam sendo as nossas dúvidas/nossas perguntas”.
4. Dúvidas	<ul style="list-style-type: none"> • “[...] Fica mais fácil a gente tirar a dúvida. Porque as vezes a gente esquece de perguntar alguma coisa, e eles acabam perguntando. E aí a gente lembra, ah eu ia perguntar isso. Então eles acabam tirando nossas dúvidas, que são nossas também, entendeu?” • “[...] Então na prática, na rotina dos estudantes, eles tirando dúvida com o supervisor que é o professor, o médico que está ali, essas dúvidas acabam auxiliando inclusive os pacientes no processo de entendimento da doença que o paciente tem.”

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora, (2020)

B. Como você se sente sendo cuidado pelos docentes e estudantes do CAU-USCS? Conforme Quadro 3.

- I. Sinto o cuidado pelos docentes e estudantes do CAU-USCS como participativo;
- II. Sinto o cuidado pelos docentes e estudantes do CAU-USCS como produtivo;

- III. Sinto o cuidado pelos docentes e estudantes do CAU-USCS quando examinam por completo;
- IV. Sinto que eles precisam de orientação para os cuidados, e por vezes vergonha.

Quadro 3- Representação das categorias identificadas pelos pacientes em relação ao cuidado pelos docentes e alunos

<p>1. Participativos e Orientação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “[...] eles acompanham, são bem participativos”. • “[...] eles atendem o paciente e passam pra ela os exames. Ela refaz os exames novamente, algo que ela acha que não está de acordo. Orienta como deve ser feito. Eu acho bem interessante. Gosto das consultas.” • “[...] a doutora acaba conduzindo-os, mas percebo esse breque deles”. • “[...] eu até chegar no doutor eles explicam tudo o que foi feito, analisado, encontrado. Tudo isso ai eles fazem bem sim”.
<p>2. Produtivo e cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “[...] sempre foi muito produtiva”. • “[...] eu acho muito importante o jeito que eles abordam. É muito produtivo, pelo menos pra mim”. • “Uma observação minha sou um paciente que eu me dou bem para este tipo, eu acho necessário a inserção dos alunos com os pacientes”. • “Ah, geralmente eles fazem a triagem com a gente sozinhos, mas eu pelo menos acho legal, eles fazem tudo certinho, eles tratam a gente bem né. Eu gosto do atendimento”. • “Eu sinto a mesma coisa, acho a mesma coisa, toda vez que eu fui atendido por eles fui muito bem, é... atendido né. Com respeito, serenidade, tudo mesma coisa que ela falou. Muita educação”. • “Então vocês se sentem cuidados pelos estudantes[...]”. • “Eles têm bastante cuidado, eles têm bastante cuidado comigo. Sempre foram bem cuidadosos sim”. • “Sim, eles são bem cuidadosos, bem gentis”. • “Eu acho que eles são bem atenciosos, são bem. Ali na consulta eu me sinto bem cuidado, bem acolhido pelo paciente”.
<p>3. Examinaram por completo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “[...] eles examinam por completo, na frente da própria doutora”.

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Eles fazem a pré consulta e companha na frente da doutora, e fazem os exames físicos também. Na presença dela, na ausência e depois na presença”.</i>
4. Orientação para dificuldades e vergonha	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“[...] eu consigo observar na pré consulta um pouco de dificuldade de alguns alunos, provavelmente os novos. Às vezes na hora dali de medir pressão, o com oxímetro”.</i> • <i>“Tem alguns alunos com pouquinho dificuldade. Em algumas das consultas cheguei até auxiliar um dos rapazes com o oxímetro”.</i> • <i>“É... quando a consulta passa para o doutor também percebi um pouco, acho que de vergonha de alguns alunos porque precisa do toque com os pacientes”.</i> • <i>“Então eu sou uma pessoa que não ligo de ser tocado, essas coisas, mas eu percebo alguma restrição de vergonha de alguns alunos”.</i> • <i>“E não sei se o fato do gênero oposto né feminino e masculino, senti que com as meninas elas ficaram mais a vontade de me consultar, me tocar”.</i> • <i>“E quando foi só com os meninos eu percebi um pouquinho de timidez por parte deles. Eu acho que pelo fato do sexo oposto aí”.</i>

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora, (2020).

C. Como você percebe os outros atores que estão no CAU-USCS (Estudantes, Docentes e Equipe)? Conforme Quadro 4.

- I. Sinto o cuidado pelos docentes e estudantes do CAU-USCS com organização;
- II. Sinto o cuidado pelos docentes e estudantes do CAU-USCS com empatia.

Quadro 4- Representação das categorias identificadas pelos pacientes em relação aos atores (Estudantes, Equipe de Saúde e Docentes)

1. Organizado	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Acredito que não, porque é tudo bem. Eu acredito assim, que pelo meu ver, de todas as consultas que eu passei é bem organizado”.</i> • <i>“Então vocês percebem que eles estão de fato estudando as informações de prontuário para que eles possam na prática já ter o conhecimento prévio pra abordar vocês pacientes”.</i> • <i>“Quando eu chego lá pelo menos eles já estão a par do meu caso, não sei se foi durante a semana, é difícil de acontecer, mas teve vez de eu pegar os mesmos estudantes da mesma consulta, então é bem difícil, mas sempre tem 1, 2 que é da mesma consulta passada”.</i>
---------------	--

2. Empatia	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Uma parte faz a triagem, outra parte já está lá na sala, e quando a gente chega eles já estão a par do caso da gente né...”</i>. • <i>“A doutora fala, e eles vão perguntando e realmente é sempre as mesmas perguntas da consulta anterior. Eles se atentam para os detalhes da última consulta para perguntar, então ai assim que mudar não vejo a necessidade de mudar nada”</i>.
------------	---

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora, (2020).

D. Qual a sua percepção sobre assistência e o ensino integrados no CAU-USCS?
Conforme Quadro 5.

- I. Percebo os outros atores que estão no CAU-USCS com respeito e atenção;
- II. Percebo os outros atores que estão no CAU-USCS bem relacionados;
- III. Percebo os outros atores que estão no CAU-USCS com eficiência.

Quadro 5- Representação das categorias identificadas pelos pacientes em relação à assistência e ensino integrados no CAU-USCS

1. Respeito e Atenção	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“comigo sempre houve uma relação de bastante respeito, eu me sinto muito bem à vontade com eles. Não sei se pelo fato que eu faço tratamento lá há um bom tempo. As enfermeiras, recepcionistas todo mundo no hospital lá é mil maravilhas”</i>. • <i>“Pra mim sempre foram super atenciosos, não tenho queixa nenhuma”</i>.
2. Bom relacionamento e acolhedora	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“[...] a equipe tem um bom relacionamento, percebo sim a equipe tem um bom relacionamento”</i>. • <i>“Meu contato com eles foi super pequeno, eu passei apenas por três consultas, mas achei uma equipe muito acolhedora e respeito mútuo e tudo, nada de anormal, ocorreu tudo bem. Equipe bem equilibrada”</i>. • <i>“Ela sempre pergunta e tem alguma dúvida. Tanto pra mim paciente como para eles. Isso é o que eu presencio lá. Ela pergunta: vocês têm alguma dúvida? Às vezes, eles fazem assim alguma coisa que não tá certo, ela vai lá e explica. Porque ela tem uma calma bem grande”</i>. • <i>“Sim, todos que eu passei sim. Tanto que um examina, fala oh, você quer examinar também? Aí eles se sentem meio sem jeito né de falar: posso examinar você de novo. Eles têm um cuidado assim, igual a médica tem com eles, eles têm um com o outro. Pelo menos todas as consultas que eu fiz, eu presenciei isso”</i>.

3. Eficiência	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Um fala, eu to tirando a pressão, o outro já vem com o termômetro. Eu vejo que tem uma harmonia entre eles, tanto que eu vejo na consulta e na triagem”.</i>
---------------	--

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora, (2020).

E. Sobre a inserção do estudante. Aquilo que a gente vê dele ali na prática. Percepção sobre assistência e ensino integrado? Conforme Quadro 6.

- I. A minha percepção sobre a inserção do estudante é o ensino com a prática;
- II. A minha percepção sobre a inserção do estudante é o conhecimento;
- III. A minha percepção sobre a inserção do estudante é a experiência.

Quadro 6- Representação das categorias identificadas pelos pacientes em relação à assistência e ensino integrados

1. Ensino e prática	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Eu acho que primeiramente eles têm que passar por um processo. E por outro lado se eles não ficarem ali e realmente com o fato ocorrido eles não vão pegar prática entendeu... é... por mim... pelo tempo que eu faço tratamento ai com vocês ai na USCS eu faço desde 2014 pra mim é até estranho e fico até contente quando eu vejo novos alunos fazerem a primeira consulta, fazerem a pré consulta, por que eu imagino que aqueles outros já se formaram. Entendeu? Pra mim é muito válido sim”.</i> • <i>“Eu acho positivo, como eu disse no início eu acho que é muito importante a participação dos alunos terem o aprendizado na pratica; quando se formarem já tem o conhecimento”.</i> • <i>“Eu acho muito importante o ensino integrado é... as pessoas não são acostumadas com esse conceito, terem aluno ali do lado, essas coisas. ...então acho muito importante essa forma de ensino que a USCS está fazendo de inserir alunos ali com os professores e estar junto com os pacientes né”.</i> • <i>“Também acho isso. Quando eles estiverem lá na frente com tudo isso, eles vão ter mais experiência junto com eles. Porque agora na hora de eles errarem a pessoa vai lá corrigir eles né. É algo benéfico, precisa ser incentivado, multiplicado”.</i>
2. Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“[...] a equipe tem um bom relacionamento, percebo sim a equipe tem um bom relacionamento”.</i> • <i>“Meu contato com eles foi super pequeno, eu passei apenas por três consultas, mas achei uma equipe muito acolhedora e respeito mútuo e tudo, nada de anormal, ocorreu tudo bem. Equipe bem equilibrada”.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Ela sempre pergunta e tem alguma dúvida. Tanto pra mim paciente como para eles. Isso é o que eu presencio lá. Ela pergunta: vocês têm alguma dúvida? Às vezes, eles fazem assim alguma coisa que não tá certo, ela vai lá e explica. Porque ela tem uma calma bem grande”.</i> • <i>“Sim, todos que eu passei sim. Tanto que um examina, fala oh, você quer examinar também? Aí eles se sentem meio sem jeito né de falar: posso examinar você de novo. Eles têm um cuidado assim, igual a médica tem com eles, eles têm um com o outro. Pelo menos todas as consultas que eu fiz, eu presenciei isso”.</i>
3. Experiência	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Eu acho bom que eles vão criando uma experiência né, eles vão criando uma experiência logo cedo, quando se formar se puder exercer a profissão. Eles já tiveram várias experiências com vários pacientes então eu acho que eles vão chegar lá na frente mais preparados né... mais bem preparados, se eles puderem já exercer a função né”.</i>

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora, (2020).

5.2 Resultados grupo focal estudantes

Por meio dos dados sócio-demográficos podemos obter os dados dos estudantes participantes do estudo (07) , sendo do sexo feminino (58%) e masculino (42%). Em relação à idade, entre 20 e 31 anos.

A seguir apresentaremos a análise compreensiva das entrevistas organizadas em categorias que representam o contexto vivenciado dos participantes sobre o atendimento prestado na USCS. As transcrições cuidadosas das entrevistas nos possibilitaram o desvelamento de três grandes categorias e suas subcategorias mais relevantes. Foram elas:

A. Como você percebe sua inserção no ambiente de atividades ambulatoriais do CAU-USCS? Conforme Quadro 7.

- I. Percebo minha inserção no ambiente de atividades ambulatoriais como ajuda na vida do profissional em relação a especialidade;
- II. Percebo minha inserção no ambiente de atividades ambulatoriais como estabelecimento de relação professor-aluno;

III. Percebo minha inserção no ambiente de atividades ambulatoriais como aprendizado.

Quadro 7- Representação das categorias identificadas pelos estudantes nas atividades ambulatoriais do CAU-USCS

<p>1. Ajuda na vida do profissional em relação a especialidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Depende da especialidade. Pelo menos pra mim porque eu tenho mais interesse em determinadas especialidades do que a outra. Vai depender do profissional. Então depender do profissional que está lá também diminui ou aumenta o meu interesse de participação. Vai depender se tem paciente agendado ou não”.</i> • <i>“Os casos que você pega também porque existem casos clínicos que você ache interessante caso tem alguma chance de que elas acabam repetindo se muito aqui se não for uma especialidade que você tem muito interesse aquilo começa a ficar mais monótono mais maçante para mim e algumas ocasiões. Pessoalmente então é vai depender de vários fatores”.</i> • <i>“Mas enfim o que eu costumo abstrair hoje é dizer sem pegar o lado positivo todas as especialidades”.</i> • <i>“Cada semana atendia duas outras duas fazia o exame físico e eu acho que isso é bastante importante e contribui muito”.</i> • <i>“Outro fator também que ele falou que eu acho que vale muito a pena pontuar a questão do paciente é precisamente no ambulatório de pediatria por exemplo foi o bastante para medicado porque não tinha pacientes. Eu acho que bem feita no próprio ambulatório e ter os pacientes para a gente treinar. Então você não tem de ficar um pouco complicado seja em esse contato com a especialidade que não é”.</i>
<p>2. Estabelecimento de relação professor-aluno</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Muitas vezes tem professores que são extremamente organizados. Eles programam discussões para não perder tentou sempre otimizar e tem professores que não tem tempo cuidar também um pouco mais. Só tenho a elogiar um relatório porque o a pessoa aqui na unidade básica. Não tinha e ainda não tinha atendido ainda. Quando eu cheguei não sabia nem por onde começar a fazer monitores e assistimos meus colegas que estando eu fui conseguindo. E hoje eu me sinto muito segura e faço a anamnese problema físico. Aí existe como se fosse uma conversa normal já virou natural e é uma das coisas que eu mais me orgulho de ter conquistado nos ambulatórios”.</i> • <i>“Já tinha tutores que já cheguei para secretárias que bem pelo contrário são extremamente dinâmico suporte didático. A própria memória desenvolveu para a gente uma forma de a gente se organizar para atender melhor os pacientes no ambulatório”.</i>

3. Aprendizado	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Eu vejo uma anamnese que puxa que legal meu colega usou tal pergunta e eu pensei em fazer pergunta poxa. Olha que interessante esse caso clínico eu sei que algumas hipóteses né. Ele ia acabar tendo o diagnóstico usou essa medicação para tratar esse caso eu normalmente usaria outra. Eu tive alguma dúvida da medicação então ele procurou quem queria tentar dizer o que de positivo ou passar eu posso tirar eu vou tirar alguma coisa na anamnese se eu tiver alguma coisa de positivo no exame físico e tratamentos específicos nesse dado”.</i> • <i>“Foi o momento que eu comecei a sentir em casa aprendendo na faculdade de medicina”.</i> • <i>“Querendo ou não para manter uma grade muito boa. É isso que a gente tem para aprender e vários assuntos. Se fosse consultoria entre outros setores se propõe pra gente. A gente vai em casa enfim abre um leque maior e ajuda então para mim é a melhor participação embora eu concorde até agora”.</i> • <i>“Um lugar que a gente realmente vê o que a gente aprende muita tudo a gente põe em causa o que pegar o paciente no livro que está tudo bonitinho com um desenho tinha de ser diferente com a pessoa”.</i>
----------------	--

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora, (2020).

B. Como você se sente atuando nos ambulatórios do CAU-USCS? Conforme Quadro 8.

- I. Me sinto com mais experiência;
- II. Me sinto mais médico, mais profissional.

Quadro 8- Representação das categorias identificadas pelos estudantes em relação à sua atuação no CAU-USCS

1. Me sinto com mais experiência	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“A experiência é melhor ainda para um [...]”.</i> • <i>“Todos são bem empenhados nos ambulatórios então foi experiência prática para todo mundo. Foi gratificante e acabou ajudando o outro”.</i>
2. Me sinto mais médico, mais profissional	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Acho extremamente importante”.</i> • <i>“É só carinho e senti uma autonomia quando sei lá é como se você estivesse realmente vivenciando”.</i> • <i>“Então acho que fiz também um grande crescimento profissional. Caberá aos mineiros falar de seus pacientes”.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Você sabe quem ainda extrai do paciente uma história ou tentando fazer da melhor maneira possível os testes físicos o paciente que levam horas”.</i>
--	--

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora, (2020).

C. Como você percebe os outros atores que estão presentes no CAU-USCS (Equipe, Docentes e Usuários? Conforme Quadro 9.

- I. Percebo com mais autonomia;
- II. Percebo a organização;
- III. Percebo o auxílio em relação ao aprendizado.

Quadro 9- Representação das categorias identificadas pelos estudantes em relação aos demais atores no CAU-USCS

1. Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Hoje em dia é meio difícil como profissional já ela depende um pouco. Poucos profissionais fizeram isso, mas eu já tinha já teve receptores”.</i> • <i>“Interferiu muito na consulta sabe interferiram demais a ponto de chegar sentado e fazer todas as perguntas”.</i> • <i>“Você só vai anotando quem está falando. Então eu acho que isso atrapalha porque não é o intuito do ambulatório justamente pra gente fazer inclusive gosto quando um professor sai da sala. Acho que a gente fica muito mais à vontade e hoje menos eu fico”.</i> • <i>“Aí se eu te falar que eu só ia falar disso eu concordo muito com minha vitória disse. Absolutamente tudo. Eu me sinto mais confortável sem um professor na sala mas se ele estivesse também ali observando bem o que realmente incomoda são professores [...]”.</i> • <i>“Concordo muito com a adição do médico ficar professor e ficar na sala interferindo porque é eficaz na saúde e atrapalha é a todo momento. Nesse sentido não vai fazer então essa vigilância fica também sentir a acrescentar nas telas de cinema milhares é grave. A vitória demora um tempo na cabeça de todo mundo”.</i>
2. Organização	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“A recepção eu acho que o que atrapalha um pouco da atitude dele. Muitas vezes a gente está dentro da sala com um paciente. Já aconteceu de ele bater a porta para avisar que chegou outro paciente. Eu acho que isso atrapalha bastante principalmente na psiquiatria. Tive que sentar com um paciente que naturalmente é mais sensível está mais sensibilizado”.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Então primeiro não sei que as consultas normalmente parecem uma marcadas de 15 em 15 minutos nessa linha está numa fase de aprendizado”.</i> • <i>“Você não vai conseguir fazer como profissionais para 6 e 15 minutos você não consegue. Então ser marcado com um tempo maior porque isso geraria um menor estresse”.</i>
3. Auxílio para aprendizado	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Tinga deixava Jonas e quando a gente terminava a gente até a sala de aula estava discutia o caso e depois a gente voltava para conversar com pacientes assim. Era muito tranquilo, mas me sentia muito à vontade. E nesse momento assim eu me senti um pouquinho mais médica talvez um médico um pouquinho mais interna”.</i> • <i>“Nada mais fácil mais independente”.</i> • <i>“No meu caso sempre as discussões de triagem para todos os lados. Depois se vai consultar sempre pré consulta que depois não tem contato com enfermagem”.</i> • <i>“Ele também tem pouco contato com o pessoal que fazia a triagem falou. Acho que a gente nem tem lá no ambulatório esse contato com as profissionais”.</i> • <i>“Já é difícil de falar com pessoas vendiam o que a gente tinha da esquerda na sala. Estar num momento lá super disposto e aí chega a mudança para entregar o papel chegou aos pacientes então eu acho que podia ser igual na NASA”.</i> • <i>“Os poucos contatos que esse pessoal da recepção. Eles foram muito solícitos é muito educado assim não tive nenhum problema com educação, mas às vezes senti um pouquinho de despreparo sim pouco de parar. E assim como eles devem parecer até um ambulatório da faculdade selecionei para clientes planeja abrir a porta vozes aqui. é assim que para constrói para tentar acertar aqui”.</i> • <i>“Mas acho que a maior parte eles são muito colaborativos. E isso é a coisa mais incompetente que existe porque é nesse momento parece que o paciente tira com a mão no seu nervosismo. Ele te dá uma abertura assim e não tenho como agradecer aos pacientes que fizeram isso por mim. Um ao outro assim”.</i>

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora, (2020).

D. Qual a sua percepção sobre a assistência e o ensino integrados no CAU-USCS? Conforme Quadro 10.

- I. Percebo autonomia;
- II. Percebo confiança.

Quadro 10- Representação das categorias identificadas, pelos estudantes em relação à assistência e ensino integrados no CAU-USCS

1. Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Eu já estou atuando como médica. Sim porque é que a gente tem muito a aprender. Mas é uma oportunidade muito que eu tinha as minhas estavam falando e faz notar a diferença na nossa formação. Até porque quando a gente chega no internato a gente chegou, mas eu acho que a gente vai chegar mais confiante”.</i> • <i>“Pelo menos um motivo pra escolher escolheria isso porque ainda carece de diferentes etapas. Tem gente que pediu uma coisa muito especial otorrino não sabem melhor”.</i> • <i>“Eu vou fazer a primeira consulta antes do grupo e todo mundo né. Eu vou fazer a primeira consulta e dentro daquela consulta explicável. Mas como é uma”.</i> • <i>“E sempre que tem esse espaço e os professores fazem questão de reforçar que é um local de estudo de aprendizagem que só pode funcionar com a presença dos alunos”.</i>
2. Confiança	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Eu me sinto muito mais confiante as faculdades que antes só tem que fazer consulta que vai fazer. Todo mundo tinha um pouco de receio. E aí agora todo mundo aqui. A gente já se sente mais confortável pra fazer. Então eu sinto que essa autonomia que eles têm. A gente vai conquistando um espaço e conquistando a confiança que eu julgo ser bastante necessária”.</i>

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora, (2020).

5.3 Resultados grupo focal docentes

Por meio dos dados sócio demográficos podemos obter os dados dos docentes participantes do estudo (07) , sendo que três eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Em relação à idade, entre 35 e 54 anos.

A seguir apresentaremos a análise compreensiva das entrevistas organizadas em categorias que representam o contexto vivenciado pelos docentes sobre a inserção dos alunos do 5º ao 8º semestre do curso de medicina da USCS nas atividades ambulatoriais do CAU-USCS. As transcrições cuidadosas das entrevistas nos possibilitaram o desvelamento das categorias e suas subcategorias mais relevantes. Foram elas:

A. Como você percebe a inserção dos alunos do 5º ao 8º semestre do curso de medicina da USCS nas atividades ambulatoriais do CAU-USCS? Conforme Quadro 11.

- I. Percebo o desenvolvimento da prática;
- II. Percebo a relação Médico/Paciente;
- III. Percebo como obrigação;
- IV. Percebo Precocidade de inserção na prática.

Quadro 11- Representação das categorias identificadas pelos docentes em relação à inserção dos estudantes nas atividades do CAU-USCS

<p>1. Desenvolvimento da Prática</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Eu posso falar o ano passado quando eu vi a primeira coisa que acho que é extremamente importante na parte baixa da prática”.</i> • <i>“Lógico que a inserção deles é fundamental independentemente do Ambulatório de especialidade médica por uma que está relacionada ao aparelho”.</i> • <i>“E assim como eles precocemente eles vão ter contato com o paciente. é isso que eu acho uma coisa muito legal da faculdade porque é assim a faculdade que eu fiz só fui ver mexer com pacientes quando estava no quarto ano no terceiro olhar para o Apedeuta”.</i> • <i>“Eu acho que é assim. Isso facilita bastante eles. Eles vão para a ativa porque eles são pró ativos. Pelo menos é o que a gente quer que eles sejam. Aqui eles praticam um pouco precocemente”.</i> • <i>“E eu costumo dizer a eles que não é a quantidade e sim a qualidade de como nós vamos atender o paciente. Eu deixo os alunos à vontade para poder fazer as perguntas pertinentes aos casos. Ele também informa ao paciente o mais importante que ele não está passando com um especialista. Ele está passando dentro de um ambiente de hospital escola então todos são estudantes todos precisam aprender a se dedicar ao paciente a ter uma postura como o professor falou condizente com o ambiente médico ele tem treinamento então ele não pode atender o telefone ele não pode comer tudo pode sentar em cima da maca”.</i>
<p>2. Relação Médico/Paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“O objetivo desse ambulatório e eles queriam parto e iniciar já a relação médico paciente ou preparar algumas provas. Ela não é diretamente relacionada ponto de interesse da ortopedia tirar o problema anteriormente no currículo amoroso e dava um peso muito grande para a outra atividade”.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“É como se fosse uma propriedade que eu vou ensinar para o aluno. Ele se desinibida em frente ao paciente ele é ser proativo e todos eles se concentrarem e o paciente é o carro chefe o paciente é o foco nosso é todo mundo se concentra. O que eu vejo tem os prós e os contras”.</i> • <i>“Ele tem que se preocupar em atender o paciente ser proativo e ajudar a fazer os exames e verificar os exames. Isso sim torna muitas vezes a prática do ambulatório atrativa para o aluno não é. Ele está ainda a lista de espera de determinadas especialidades. Se ele teve um aprendizado é. uma forma perpendicular e horizontal. Nesta sala ele vai aprender a se portar como um médico e não como um cirurgião ou um clínico ou como um especialista ou sub especialista como o professor Jordão colocou. Então eu deixo o paciente à vontade que ele está num ambiente escola e aos alunos. Eu valorizo para que eles façam melhor”.</i>
3. Obrigação	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“A impressão é justamente essa que o ambulatório é uma obrigação e acaba sendo assim se tem alguma coisa que eles consideram mais importantes. O ambulatório sempre acaba ficando em segundo plano. é uma coisa que eu notei é que agora com essa mudança que a gente está sendo obrigado a passar o interesse deles aumentou muito. Eu não sei porquê talvez por dar uma importância maior à parte teórica por isso eu dou o material previamente para que eles estudem para que a gente possa discuti não sei mais há o interesse deles. Com essa mudança a impressão que eu tenho aqui aumentou muito. Eu não tenho nenhuma falta. Desde que a gente passou por ambiente online no ambulatório sempre faltava um ou dois. Não tem nenhum aluno faltou nenhum aluno deixou de participar”.</i> • <i>“É essa a impressão que eu quando eu estava no ambulatório já tinham eu notava se claramente que 80 pessoas ficavam muito acanhados frente ao paciente que eu tinha a percepção que não é. Eles têm muito espaço e 21 mil acompanhados de pessoas”.</i>
4. Precocidade de inserção na prática	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Mas eu acho que isso pode ser conversado antes talvez um pouquinho de maturidade do módulo lunar louco precoce que ele vá para a sexta etapa da sexta etapa. Então é precoce mesmo na quinta sexta etapa eles estão começando. Então eles não entendem muito bem o mecanismo e atende a paciente. às vezes a importância de a gente vê dois pacientes, ou seja, tiveram uns quatro pacientes. é muito mais produtivo você ver quatro. E você gostaria de ver os quatro do que isso B2 né”.</i> • <i>“Eu comecei a começar comecei a ir comecei na sétima etapa. Havia uma diferença, mas pelo menos não sabia direito. O ambulatório ficava muito difícil explicar muita coisa. Esse meu relatório era. Então um pouco de clínica até não estar dia é nítida a diferença da quinta para a sétima etapa.</i>

	<i>Não acho que eles crescem. Eu acho que eles ainda têm muita dificuldade para atendê-lo”.</i>
--	---

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora, (2020).

B. Como você se sente atuando como docente do CAU-USCS? Conforme Quadro 12.

- I. Me sinto como pertencimento;
- II. Sinto frustração.

Quadro 12- Representação das categorias identificadas pelos docentes em relação à sua atuação como docente no CAU-USCS

1. Pertencimento	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Olha eu fui muito bem recebida assim por todas as pessoas que eu encontrei pelo caminho. Foi muito bem recebida pelo professor indicou o professor João Belizário por você é sempre acessível. Eu fui muito bem recebida pela bela carioca enfermagem pelo Doutores que trabalha comigo ali na sala da frente”.</i> • <i>“Os próprios alunos Então assim eu me senti extremamente à vontade para poder exercer a medicina e assim os pacientes assim eu me senti muito feliz é um lugar que eu vou trabalhar feliz não é lugar que eu vou trabalhar sair daqui chato ele vai que eu vou trabalhar com a gente”.</i> • <i>“Então eu também bem mais ou menos a mesma coisa. Eu me sinto muito bem lá também. Eu acho que o aluno ali dá uma injeção de ânimo pra gente eles são jovens”.</i>
2. Frustração	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“São lugares que eu vou com prazer local. Tem uma coisinha que me frustra um pouquinho. Não sei como sou. Na verdade, eu não sei nem se tem solução. Assim boa parte dos meus casos são cirúrgicos e eu não tenho como ver. Não tenho como realizar o procedimento não tenho como vê o pós operatório mostrar o resultado”.</i> • <i>“No meu caso ela não é uma coisa que me frustrou um pouquinho não é em relação aos docentes em si. Assim tive até a indicar uma cirurgia, mas eu não consigo mostrar para eles um pós operatório para mostrar um resultado por exemplo. Outra coisa que não tem fratura tem uma fratura que a gente acompanha a emoção reagiu calado a consolidação de posição, mas não era relacionado ao ensino em si. A atividade em si tem como os profissionais”.</i> • <i>“Mas aí entra as limitações do casal né. Por exemplo uma tomografia uma qualidade não tão boa. Aquelas burocracias da prefeitura eu não posso pedir uma espirometria duas vezes no ano. Eu tinha que ficar justificando assim lembrei que eu não posso pedir duas no ano porque eu não fui lá se essas burocracias incomodam ou são coisas da prefeitura”.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Existe um desconforto muito grande porque a gente vem lutando e solicitando que seja tido melhoras no ambiente muito mais contente que a gente fica de pé o contato com os próprios alunos. é duro. Ventura Filho ambiente é muito feio muito antigo para essa separação para casas antigas no interior. Eu não sei como será tão estrutural como se sentia como docente em relação aos alunos”.</i>
--	--

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora, (2020).

C. Como você percebe os outros atores que estão presentes no CAU-USCS? Conforme Quadro 13.

- I. Acolhimento;
- II. Falta de resolutividade.

Quadro 13- Representação das categorias identificadas pelos docentes em relação aos outros atores presentes no CAU-USCS

1. Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Segundo eles se sentem muito acolhidos os alunos fazem parte do ensino e essa é uma coisa que eu acho ruim. Eu acho que eles ficam mais próximos um pouco dos médicos e aí quando chegam lá e querem fazer um relatório médico na hora que eles querem fazer as coisas na hora que eles querem. Isso é muito difícil você tem um prazo para esperar e aí eles querem falar com o médico na hora que eles querem e eu acho que isso é um pouco de ânimo leve no qual cachaça, mas essa é a minha impressão. Ali”.</i> • <i>“E existem que cumprimenta todos. Outros brincam com os alunos. E geralmente eles respeitam muito o professor como professor e ele está ali no centro e ele está coordenando toda aquela equipe de alunos porque parece que é fácil mas não é todo mundo que tem o dom de conseguir fazer com que os alunos participem da consulta e ficam entretidos daquele jeito naquela consulta”.</i>
2. Falta de Resolutividade	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Eu acho que a gente pode pecar às vezes por falta de resolutividade. Aí por exemplo vai o prazer de vê-la. Pinta revelando a minha especialidade que não tenho muito para falar de outra. E aí você não vai conseguir tirar ou dizer que não tem condições de tirar um USP. E aí a gente não vai ter esse filho beque paciente. Aí vai deixar a desejar, mas mesmo assim ele mesmo é o Orlando Rollo de ortopedia. Ele entende que a gente não consegue fazer lá e a gente vai ter encaminhado outro lugar”.</i> • <i>“Eles pecam um pouco, deita e rola. Tive que mandar socorro fazer contato médico com o médico do Samu estava lá”.</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Resolutivo a Nossa resolutividade é baixa. Ajuda quem e quem é atendido no nosso ambulatório só aperceber. Mas nem sempre a gente consegue resolver o problema”.</i> • <i>“Nós não temos cem por cento de resolutividade paciente que você atende tem que mandar para a rede para que a rede absorva isso faz parte de um contexto que no Brasil inteiro a gente não consegue dar cem por cento de assistência médica saudável uma população. é muita utopia para dizer assim, mas dentro do pouco que nós podemos fazer”.</i>
--	---

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora, (2020).

D. Qual a sua percepção sobre a assistência e o ensino integrados no CAU-USCS? Conforme Quadro 14.

- I. A minha percepção é de eficiência;
- II. A minha percepção é de Integração.

Quadro 14- Representação das categorias identificadas pelos docentes em relação à integração assistência-ensino no CAU-USCS

1. Eficiência	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Eu acho que nós fazemos muito e fazemos bem feito se tivermos a oportunidade de melhorar seja através da própria universidade convênios estra a própria entidade da Prefeitura ou que o SUS promova uma melhora”.</i> • <i>“Isso muitas vezes é difícil e nosso contemporizar aqui em algumas palavras, mas existe uma correspondência se assim. De satisfação e eficiência muito pessoal entre cada um de nós aqui que se dedica a tá lá ensinando é uma parcela muito grande dos alunos que são interessados que vão lá para poder aprender seja a instalação boa ou não adequada ou não”.</i> • <i>“A gente está dentro de um ambiente hospitalar e de ensino que todo mundo aqui falou a idade de formado fala amistosos ou acha muito velho mas vai fui a obter c pra ser bem genérico me lembra da década de 90 era o atendimento que a gente fazia dentro da universidade e muitas é só porque não existe máquina do tempo eu na máquina do tempo que estou aqui hoje não tenho noção das coisas que aconteceram”.</i>
Integração	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Olha eu acho que existe sim uma integração entre a assistência e a docência né. Mas eu também concordo com o que foi falado com relação a porque depende um pouco de cada especialidade. Eu acho que na pediatria isso é negado”.</i> • <i>“[...] essa integração exige pouco ou bastante dependendo de cada individualidade que ela pode ser satisfatória ou não, mas dentro das perguntas que foram feitas desde o começo”.</i>

	<p><i>Nós não temos cem por cento de aluno interessado. Nós não temos cem por cento de instalações boas”.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>“Eu acho que é possível atender o paciente e ensinar os alunos. Eles aprendem a burocracia”.</i>• <i>“Acho que tem um foco sim na assistência verificação do sistema também. Eles aprendem via receita [...]”.</i>• <i>“O que a gente discutiu né. Que todos tenham ali e tenham a mesma praticamente consigam ter uma mesma aprendizagem diferente. é difícil porque cada um vai ter um caso [...]”.</i>
--	--

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora, (2020).

6 DISCUSSÃO

A percepção dos pacientes em relação aos alunos do 5º ao 8º semestre do curso de medicina da USCS nas atividades ambulatoriais do CAU-USCS foram categorizadas em: sabem quem é o estudante e quem é o professor; percebo a inserção dos alunos do 5º ao 8º semestre do curso de medicina da USCS nas atividades ambulatoriais do CAU-USCS como produtiva; percebo a inserção dos alunos como positiva para a formação.

De acordo com Borges e Alencar (2014) a formação crítica do estudante do ensino superior está ligada a importância da didática e do papel docente no processo de ensino-aprendizagem no ensino, isso ocorre com a apresentação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que sirvam como recurso didático na formação crítica e reflexiva do aluno universitário, o que nos levará a uma reflexão construtivista do processo de ensino aprendizagem e atuação do docente na sala de aula e fora dela. Encontramos presente no discurso do paciente:

“[...] sempre foi muito produtiva”.

“[...] extremamente importante porque nada melhor que a prática para aprender algo”.

“[...] sou bem atendido, se faz necessário essa interação com os alunos e paciente sim”.

Quando o aluno interage com o paciente inicia o processo de repensar a construção do conhecimento, na qual a mediação e a interação são os pressupostos essenciais para que ocorra aprendizagem (MACIAS, 2017). Este conceito encontramos no discurso dos pacientes:

“[...] eu acho muito importante a participação do aluno para a formação dos futuros médicos”.

“[...] bem bacana a forma com que as consultas são realizadas”.

“[...] eles dão muita atenção, tudo que é benéfico para gente, eles procedem tudo como o médico faria, isso na minha opinião”.

Seguindo na vertente de como os pacientes se sentem sendo cuidados pelos docentes e estudantes do CAU-USCS, temos as categorizações: sinto o cuidado pelos docentes e estudantes do CAU-USCS como participativo; sinto o cuidado pelos

docentes e estudantes do CAU-USCS como produtivo; sinto o cuidado pelos docentes e estudantes do CAU-USCS quando examinam por completo; sinto que eles precisam de orientação para os cuidados, e por vezes vergonha; sinto o cuidado pelos docentes e estudantes do CAU-USCS com organização; sinto o cuidado pelos docentes e estudantes do CAU-USCS com empatia.

A interação médico-paciente é um assunto que vem sendo discutido ao longo dos anos e poderia ser definida como: é o confronto entre uma confiança e uma consciência.

Assim, como trazido no discurso dos pacientes é importante que o aluno, futuro médico veja o ser humano e suas características que ele deve conhecer e respeitar. Autores destacam a intimidade, a qual significa o “eu”, o mundo interior de cada um, o santuário humano, o lugar que só pode entrar ele próprio, a não ser que revele a outro.

Nenhuma intimidade é igual à outra, e a manifestação da intimidade se realiza através do corpo, da linguagem e da ação. O rosto representa externamente a pessoa. Pode-se dizer que o rosto é o espelho da alma. Cruzar o olhar com alguém é entrar em comunicação com ele. A partir de gestos e expressões do rosto, podem-se verificar atitudes de alegria, tristeza, compreensão ou desprezo, ameaça, ternura, saudação, etc. Outra forma do homem manifestar a sua interioridade é por meio do diálogo.

No discurso dos pacientes vemos sobre a vergonha. Autores referem a timidez como algo que atrapalha a aproximação aos pacientes. Porém, quanto mais tempo de relacionamento com os pacientes e colegas de classe podem ser benéficos em relação a esta limitação. Os estudantes trazem no discurso que, após ficou mais fácil conversar com os pacientes. Dessa forma, pôde-se observar mudanças internas ocorridas no decorrer do estágio (BENEDETTO; GALLIAN, 2018).

O paciente precisa do diálogo e para isso o médico deve ter tempo para escutá-lo. Sem comunicação verdadeira não há boa relação médico-paciente. Outro ponto importante é a capacidade de dar e a liberdade: o paciente extrai algo de sua intimidade e o entrega ao médico como algo valioso, no caso, sua saúde, e exerce sua liberdade aplicando o tratamento proposto. O ser humano é um fim em si mesmo. É um princípio moral fundamental. Esse princípio deve ser claro para o médico, nunca se acostumando com a banalização do sofrimento humano, nem caindo na tentação de tratar a doença e não o doente, alguém com um nome e sobrenome, que tem uma

história de vida por trás e que, no momento, sofre e passa por um período de debilidade.

Os autores ainda afirmam que ao longo da graduação, os estudantes de medicina não são ensinados a enfrentar a dor, o sofrimento e a morte, as quais são, na verdade, condições existenciais do ser humano e farão parte do dia a dia deste profissional. Quando estão em prática, graduandos de Medicina relatam que suas questões emocionais são ignoradas e, por este motivo, adotam uma posição de negação e distanciamento. Porém, por outro lado eles apontam que de forma quase natural, quando, através da identificação dos traços de humanidade perceptíveis nos mais variados pacientes trazidos nas narrativas abordadas, percebe-se que existem um número maior de coisas para unir e aproximar os seres humanos que para separá-los. Isso faz com que muitos estudantes passem a se sentir confortáveis para partilhar suas limitações, seus anseios e suas dores (BENEDETTO; BLASCO; GALLIAN, 2013).

Sabe-se que durante a graduação podem ocorrer mudanças na construção da relação médico-paciente. Na literatura encontramos que autores destacam que há intensa carga teórica durante o curso, e isso leva a uma perda em relação ao enfoque do cuidado humano. Também destacamos que quando o estudante entra na universidade ele traz uma carga de valores, princípios, cultura e religião, o que moldam seu caráter e personalidade.

Em um estudo realizado com estudantes do sexto ano do curso de Medicina, quando perguntado sobre a fonte de influência de bioética e ética, a formação familiar foi lembrada por 82,8% dos estudantes, os exemplos práticos profissionais corresponderam a 61,4%, a formação acadêmica 47,1% e a religião 37,2%, mostrando forte influência da formação familiar, maior que a acadêmica, nos aspectos humanísticos.

Nesse processo de profissional de saúde em formação o estudante está em constante movimento de construção e de desconstrução e necessita de “supervisão” comprometida de seus professores com a finalidade de auxiliar naquilo que for necessário e essencial.

De acordo com a pesquisa de Camarico, Zaher e Rosito (2007) à medida que o estudante evolui no curso começa a se desconstruir, ou seja, seria um processo de se “auto coisificar”, de normalizar problemas éticos que no primeiro ano de faculdade ele achava inaceitável. Sucupira (2007, p. 624) traz “[...] o que vai diferenciar um

médico de outro não se reduz, portanto, ao conhecimento terapêutico, mas diz respeito a como ele lida com o saber e tratamento com o paciente".

Trindade e Vieira (2013) apontam que os pacientes aparentemente gostam de ser atendidos por estudantes, e no mesmo estudo demonstram que o estudante está no processo de aprendizado, mas de alguma forma o estudante, pode ter internalizado processos mais humanizados. Que vem de encontro com nosso estudo:

"[...] sempre foi muito produtiva".

"[...] eu acho muito importante o jeito que eles abordam. É muito produtivo, pelo menos pra mim".

"Uma observação minha sou um paciente que eu me dou bem para este tipo, eu acho necessário a inserção dos alunos com os pacientes".

"Eu sinto a mesma coisa, acho a mesma coisa, toda vez que eu fui atendido por eles fui muito bem, é... atendido né. Com respeito, serenidade, tudo mesma coisa que ela falou. Muita educação".

"Então vocês se sentem cuidados pelos estudantes [...]"

"Eles têm bastante cuidado, eles têm bastante cuidado comigo. Sempre foram bem cuidadosos sim".

"Sim, eles são bem cuidadosos, bem gentis".

"Eu acho que eles são bem atenciosos, são bem. Ali na consulta eu me sinto bem cuidado, bem acolhido pelo paciente".

A percepção dos estudantes em relação à sua inserção no ambiente de atividades ambulatoriais do CAU-USCS, se apresenta como positiva em vivenciar a especialidade junto ao docente, e ajuda na vida do futuro profissional em relação ao aprendizado, o que traz mais experiência. Me sinto mais médico, mais profissional como também autonomia e confiança.

Em relação a atuação aluno e professor tratamos muito o conceito e a atuação do professor universitário refere-se à relação entre ensino e aprendizagem, e os tipos de metodologias utilizadas em sala de aula e fora dela, assim acrescenta as metodologias ativas como formas de desenvolver o processo do aprender que os professores utilizam na busca de conduzir a formação crítica de futuros profissionais nas mais diversas áreas. Assim, temos essas metodologias como principal instrumento de autonomia do aluno, despertando a curiosidade, estimulando tomadas de decisões individuais e coletivas, advindos das atividades essenciais da prática social e em contextos do estudante e aprendizado:

“eu vejo uma anamnese que puxa que legal meu colega usou tal pergunta e eu pensei em fazer pergunta poxa. Olha que interessante esse caso clínico eu sei que algumas hipóteses né. Ele ia acabar tendo o diagnóstico usou essa medicação para tratar esse caso eu normalmente usaria outra. Eu tive alguma dúvida da medicação então ele procurou quem queria tentar dizer o que de positivo ou passar eu posso tirar eu vou tirar alguma coisa na anamnese se eu tiver alguma coisa de positivo no exame físico e tratamentos específicos nesse dado.”

Para os estudantes a atividade de ensino mais importante da semana é o grupo tutorial. As habilidades, especialmente de comunicação, visto que a comunicação do aluno, traz a esse aluno desenvolvimento de uma postura mais crítica sobre os comportamentos médicos mais adequados e também demonstra alguma receptividade para praticar um modelo mais humanizado de comunicação médica em sua atuação como futuro profissional:

“Muitas vezes tem professores que são extremamente organizados. Eles programam discussões para não perder tentou sempre otimizar e tem professores que não tem tempo cuidar também um pouco mais. Só tenho a elogiar um relatório porque o a pessoa aqui na unidade básica. Não tinha e ainda não tinha atendido ainda. Quando eu cheguei não sabia nem por onde começar a fazer monitores e assistimos meus colegas que estando eu fui conseguindo. E hoje eu me sinto muito segura e faço a anamnese problema físico. Aí existe como se fosse uma conversa normal já virou natural e é uma das coisas que eu mais me orgulho de ter conquistado nos ambulatórios”.

“Já tinha tutores que já cheguei para secretárias que bem pelo contrário são extremamente dinâmico suporte didático. A própria memória desenvolveu para a gente uma forma de a gente se organizar para atender melhor os pacientes no ambulatório”.

Apontamos aos achados que o ensino-aprendizagem é um processo que sempre esteve presente, e no âmbito universitário, o bom desenvolvimento desta relação dependerá de um bom conhecimento e uso de recursos didáticos por parte do educador (BORGES; ALENCAR, 2014).

Assim, podemos observar que muitas escolas médicas ao redor do mundo integraram em seus currículos disciplinas como filosofia, ética, literatura, teatro e artes. Porém há uma forte tendência na educação médica em insistir que qualquer atividade de aprendizado deve contribuir para o desenvolvimento do estudante em competências mensuráveis e concretas, habilidades, conhecimentos e atitudes.

Ser médico e cuidar de pessoas implica em conhecer não apenas a fisiopatologia das doenças, mas ser capaz de entender o ser humano que sofre com determinada doença, desta forma a vivência com o paciente enquanto ainda aluna traz autonomia e confiança ao estudante (ANDRADE *et al.*, 2018). Enquanto o conhecimento técnico ajuda a resolver problemas baseados na doença, o real desafio é conhecer o paciente acometido pela doença para, desta forma, alcançar uma prática médica de excelência:

“É só carinho e senti uma autonomia quando sei lá é como se você estivesse realmente vivenciando”.

“Então acho que fiz também um grande crescimento profissional. Caberá aos mineiros falar de seus pacientes”.

“Você sabe quem ainda extrai do paciente uma história ou tentando fazer da melhor maneira possível os testes físicos o paciente que levam horas”.

“Imagine uma pessoa que já está irritada então que trata essa ali eu já percebi não consigo que eu tenho mais acreditando sim mas assim como colegas que eu fiquei com dó que eu penso assim pensando nela que eu estava tentando passar na barreira da timidez para criar uma barriga que ela tinha que fazer aquilo uma coisa que você não está acostumado a fazer isso ou aquilo que você está acostumado a fazer que gera insegurança”.

Nesta vertente, e corroborando com o “se sentir mais experiente” que os alunos trazem em suas falas, um estudo realizado com estudantes de medicina e enfermagem, demonstrou que estes estudantes “manifestaram medo de perder o aprendizado decorrente da experiência educacional com o passar do tempo”, pois a consideravam muito “relevante e julgaram que uma abordagem narrativa deveria ser continuamente enfocada ao longo da graduação” (BENEDETTO; BLASCO; GALLIAN, 2013, p. 9). Os autores também apontam que o aprendizado único em sala de aula significa aos estudantes, uma vez que este aprendizado pode se figurar apenas no nível do abstrato, não o tornando acessível quando materializado em situações cotidianas do profissional de saúde. Desta forma, a importância da lacuna entre teoria e prática. Assim, o ensino com a prática representa “um recurso capaz de preencher a referida lacuna e promover a integração entre pacientes, familiares, profissionais e estudantes da área de saúde” (BENEDETTO; BLASCO; GALLIAN, 2013, p. 9).

Neste mesmo estudo os estudantes de medicina demonstraram em seu discurso ter consciência da importância do cuidado humanizado e do valor que deve

ser dado ao ato de ouvir os pacientes e seus familiares. O que se observa, entretanto, é que essa prática é desencorajada pelos colegas mais experientes, entre eles, outros estudantes, residentes e profissionais já formados. E por vezes, o principal são os aspectos ao graduando em formação. Nesse sentido,

temas concernentes às Humanidades e humanização têm sido abordados em disciplinas como Psicologia Médica e Saúde Coletiva. Entretanto, os estudantes acham que ainda é muito pouco, pois há pouca conexão entre teoria e prática. No decorrer da disciplina perceberam que as narrativas, que têm o poder de contemplar tudo aquilo que é singular e subjetivo, apresentam um potencial papel humanizador e podem fazer essa conexão (BENEDETTO; GALLIAN, 2018, p. 6).

O desafio de conhecer o ser humano, que no momento está na posição de paciente, contempla a aquisição de valores humanísticos como: altos padrões morais e éticos; buscar pela excelência através da ininterrupta obtenção de conhecimentos e desenvolvimento de novas habilidades; suportar de maneira adequada os elevados graus de incerteza e complexidade; transparecer valores humanísticos tais como compaixão e empatia; integridade e retidão; lealdade e respeito ao próximo; altruísmo e cuidado; e, finalmente, ajuizar sobre suas deliberações e atos:

“Eu me sinto muito mais confiante as faculdades que antes só tem que fazer consulta que vai fazer. Todo mundo tinha um pouco de receio. E aí agora todo mundo aqui. A gente já se sente mais confortável pra fazer. Então eu sinto que essa autonomia que eles têm. A gente vai conquistando um espaço e conquistando a confiança que eu julgo ser bastante necessária.”

Certamente, a formação de profissionais que cumpram esses requisitos passa pela incorporação e/ou reforço de algumas atitudes pessoais como autonomia, conhecimento na prática, responsabilidade, excelência, aceitação e compromisso com o trabalho, honra, integridade e respeito para os outros e inclui a aquisição de elevados padrões éticos.

Autores apontam que o estudante de medicina sai das escolas médicas com conhecimentos impressionantes sobre os variados aspectos da ciência médica, porém lhe falta a capacidade de integrar esse saber (OLIVEIRA, 2018; PACHECO et al., 2019). E, o que é pior, muitos carecem de uma sabedoria que é vital: A arte médica, ou seja, saber conhecer quem é o paciente por trás da doença, para com criatividade de artista, poder cuidar dele.

Formar o médico adequado, competente, atualizado, com bagagem científica e postura profissional é o desafio que o início do século XXI coloca às instituições universitárias. A empatia no relacionamento médico paciente é uma nova habilidade a ser contemplada. Dentro do contexto do humanismo médico e profissionalismo, uma habilidade em especial tem se mostrado importante no relacionamento médico paciente – a empatia. A empatia aproxima o médico do paciente. Quando o médico demonstra essa atitude, o paciente é capaz de expor melhor suas queixas e preocupações, propiciando um melhor diagnóstico e tratamento.

Além disso, fortalece a autonomia e segurança do paciente referente à sua doença, o que também contribui na recuperação do mesmo.

Quando os estudantes trazem em seu discurso o ouvir e escutar os pacientes com empatia e compaixão, isso nos remete em ir além dos protocolos. Benedetto, Blasco e Gallian (2013) demonstraram que quando houve o atendimento ao paciente classificado como difícil, em virtude do seu mau humor e péssimo comportamento - um caso em que a todos os residentes e estudantes tinham vontade de evadir-se - , e tentou-se proceder de maneira distinta, no olhar demonstrado o interesse em sua vida, houve uma abertura e oportunidade de estabelecer um ótimo relacionamento profissional/paciente, que se estendeu por muitas outras consultas, até que o aluno deixasse o estágio no ambulatório. Os resultados foram positivos, pois o paciente apresentou melhoras de comportamento, passou a aderir ao tratamento e deixou de causar aversão dos demais estudantes e profissionais que lidavam com ele.

Corroborando com o que os estudantes trazem, autores apontam que a atitude humanística empatia foi um tema recorrente quando se pensa em boa prática profissional, muito embora alguns estudantes tenham afirmado que se fossem empáticos, diminuiriam seu senso crítico bem como sua capacidade de discernimento. Nesse sentido, alguns estudos apontam para o fato de que a empatia sobre um processo de desuso ao longo da graduação médica, o que demonstra que a empatia está sujeita mudanças, principalmente durante o momento em que o currículo se move para as abordagens centradas no cuidado aos pacientes. (BENEDETTO; GALLIAN, 2018).

Neste caso, mostra-se como a empatia estar suscetível a sofrer modificações negativas, de tal forma que se julga interessantes intervenções que dediquem atenção especial à manutenção desta qualidade humanística. Isso porque quando falamos de empatia, estamos tratando de questões emocionais, as quais desempenham um

importante papel na vida dos estudantes de medicina e outras áreas da saúde. A impressão de que os estudantes vão adquirindo uma carapaça que os permite ocultar ou mascarar suas emoções, seja para não transparecer uma sensação de impotência ou para fugir ao sofrimento, torna-se fato que merece a atenção dos profissionais do ensino, uma vez que "é possível que as estratégias educacionais que buscamos se alinhem mais com a prevenção da perda, do que com o crescimento absoluto da qualidade" (BENEDETTO; BLASCO; GALLIAN, 2013).

As percepções dos docentes em relação a inserção do estudante no ambiente de atividades ambulatoriais do CAU-USCS apontam: desenvolvimento da Prática, Relação Médico/Paciente, Obrigação e Precocidade de inserção na prática. Segundo Freire (2007), a ação docente é a base de uma boa formação e contribui para a construção de uma sociedade pensante. A ideia de um professor com formação reflexiva, e que siga as bases de ensino reflexivo, nos remete aos conceitos de dois autores relevantes na discussão sobre a reflexão no ensino, são eles John Dewey e Donald Schön.

Para Dewey, o pensamento reflexivo tem uma função instrumental, origina-se no confronto com situações problemáticas, e sua finalidade é prover o professor de meios mais adequados de comportamento para enfrentar essas situações (DORIGON; ROMANOWSKY, 2008).

Em se tratando da educação de nível superior, sempre se estigmatizou que para ser considerado um bom docente universitário, bastaria ter um vasto conhecimento na área da disciplina lecionada e uma boa oratória; contudo é perceptível que a cada dia mais os estudantes do nível superior, chegam com suas personalidades formadas, uma bagagem de conhecimento muito grande, frutos de uma sociedade globalizada e informativa.

Entretanto, vários estudos educacionais mostraram que as habilidades de comunicação podem e devem ser ensinadas durante o treinamento médico. Durante esse processo, os alunos devem não apenas coletar informações com habilidade, mas também estabelecer parcerias com os pacientes para promover a expressão de seus sentimentos e preocupações, bem como entender suas crenças e fornecer protocolos de tratamento (STOCK; SISSON; GROSSEMAN, 2012).

Em relação a comunicação, os pacientes relatam que os médicos não esclareceram suas preocupações ou não entenderam ou se lembraram das opiniões do médico sobre diagnóstico e tratamento, e quase nenhuma consulta incluem a

educação do paciente. Neste sentido, a inserção do estudante no ambiente do ambulatório, pode contribuir para otimizar e melhorar a comunicação entre médico e paciente.

A fim de atender as necessidades dessa nova realidade universitária, é de grande importância o desenvolvimento de habilidades didáticas suficientemente eficazes, buscando ter uma visão de mundo, ciência, ser humano e educação compatível com a realidade atual; aí estaria um perfil fundamental do papel do professor e sua mediação nos processos de elaboração do conhecimento.

O ensino tem, portanto, segundo Bulgraen (2010) e Libâneo (2010), como função principal garantir o processo de transmissão e assimilação dos conteúdos do saber escolar e através desse processo, o desenvolvimento de capacidades cognitivas dos alunos, de maneira que, o professor planeje, dirija e comande o processo de ensino, tendo em vista estimular e suscitar a atividade própria dos alunos para a aprendizagem. Uma das mais importantes ações realizadas pelo professor está entre o ensino que é ministrado ao aluno e a aprendizagem que este adquire.

Segundo análise das percepções dos docentes acerca da inserção dos alunos do 5º ao 8º semestre do curso de medicina da USCS nas atividades ambulatoriais do CAU-USCS, pode-se inferir que, a diversificação de esquemas práticos em vários níveis do sistema de saúde e o contato com a comunidade aproximam os alunos da vida cotidiana dos pacientes, e permitindo que formem perspectivas críticas e se concentrem no estado de saúde da população e dos serviços de saúde.

Desta maneira realizam o papel de facilitadores, mediadores da aprendizagem, conforme linguagem e ideias de Carl Rogers. À medida que a ênfase é colocada na aprendizagem, o papel predominante do professor deixa de ser o de ensinar, e passa a ser o de ajudar o aluno a aprender.

A filosofia humanista traduz-se num movimento que pode ser conceitualizado por meio de três pressupostos descritos nas obras de Carl Rogers. O primeiro tem como princípio a visão do homem como um "organismo digno de confiança" (ROGERS, 1974, p. 16).

O segundo e terceiro pressupostos elencam a prática fenomenológica que sustenta a experiência subjetiva do indivíduo, surgindo conseqüentemente, o conhecimento do outro segundo seus referenciais e a forma de relacionamento constituída como um encontro entre pessoas (ROGERS, 1974).

Na perspectiva de Rogers, essas três atitudes fazem parte de um conjunto que deve estar integrado na pessoa do professor. Para melhor explicitá-las, de modo a correlacionar tais conceitos com os achados no grupo focal realizado com os docentes, elas serão aqui descritas separadamente, a saber:

A primeira, também definida como aceitação positiva incondicional, descrita por Rogers (1974), se expressa na capacidade de aceitar a pessoa do aluno, os seus sentimentos, as suas opiniões, com valor próprio, e confiar nele sem o julgar. É a confiança no organismo humano e a crença nas suas capacidades enquanto pessoa.

Na categoria resultante das análises do grupo focal com os docentes, definida como Relação Médico/Paciente, pode-se atestar para este primeiro pressuposto de Rogers:

“Ele tem que se preocupar em atender o paciente ser proativo e ajudar a fazer os exames e verificar os exames. Isso sim torna muitas vezes a prática do ambulatório atrativa para o aluno não é. Ele está ainda a língua de espera de determinadas especialidades. Se ele teve um aprendizado é. uma forma perpendicular e horizontal. Nesta sala ele vai aprender a se portar como um médico e não como um cirurgião ou um clínico ou como um especialista ou sub especialista como o professor Jordão colocou. Então eu deixo o paciente à vontade que ele está num ambiente escola e aos alunos. Eu valorizo para que eles façam melhor”.

A compreensão empática, definida como segundo pressuposto de Rogers (1974), é um processo que significa a capacidade de penetrar no universo do outro, sem julgamento, com a consciência dos seus sentimentos, respeitando o ritmo de descoberta de si mesmo, fazendo com que o outro se sinta aceito e compreendido como pessoa na sua totalidade a partir do seu quadro de referência interno.

No discurso apresentado pelos docentes, pode-se atestar para o exercício desta compreensão empática em relação ao aluno, frente à precocidade de inserção do mesmo no ambiente ambulatorial, conforme trecho a seguir:

“Ele tem que se preocupar em atender o paciente ser proativo e ajudar a fazer os exames e verificar os exames. Isso sim torna muitas vezes a prática do ambulatório atrativa para o aluno não é. Ele está ainda a lista de espera de determinadas especialidades. Se ele teve um aprendizado é. uma forma perpendicular e horizontal. Nesta sala ele vai aprender a se portar como um médico e não como um cirurgião ou um clínico ou como um especialista ou sub especialista como o professor Jordão colocou. Então eu deixo o paciente à vontade que ele está num ambiente escola e aos alunos. Eu valorizo para que eles façam melhor”.

Em relação à congruência, definida como terceira premissa de Rogers (1974), é *mister* salientar que está se refere à autenticidade do facilitador, considerada por Rogers como a mais básica e que designa como a capacidade de o facilitador mostrar-se como uma pessoa real, sem máscara nem fachada na relação com o aluno. Tal qualidade contrasta com a atitude, comum no ensino tradicional, em que "o professor é um ator, representando um papel e não uma pessoa autêntica" (ROGERS, 1974, p. 128). Tal proposta traduz-se numa relação de pessoa para pessoa, e não de um papel de professor para um papel de aluno, como exposto no trecho abaixo:

"E eu costumo dizer a eles que não é a quantidade e sim a qualidade de como nós vamos atender o paciente. Eu deixo os alunos à vontade para poder fazer as perguntas pertinentes aos casos. Ele também informa ao paciente o mais importante que ele não está passando com um especialista. Ele está passando dentro de um ambiente de hospital escola então todos são estudantes todos precisam aprender a se dedicar ao paciente a ter uma postura como o professor falou condizente com o ambiente médico ele tem treinamento então ele não pode atender o telefone ele não pode comer tudo pode sentar em cima da maca".

É importante salientar que, a teoria humanista enfatiza as relações interpessoais, na construção da personalidade do indivíduo, no ensino centrado no aluno e em suas perspectivas de composição e coordenação pessoal da realidade, bem como em sua habilidade de operar como ser integrado.

O discurso dos docentes participantes do grupo focal, apresenta clareza quanto à integração da assistência e do ensino, no ambiente dos ambulatórios da CAU-USCS. Isto porque, as categorias encontradas foram a eficiência e a integração.

Nos trechos descritos no Quadro 14, é possível evidenciar tais percepções de forma objetiva e recorrente, a saber:

"Isso muitas vezes é difícil e nosso contemporizar aqui em algumas palavras, mas existe uma correspondência se assim. De satisfação e eficiência muito pessoal entre cada um de nós aqui que se dedica a tá lá ensinando é uma parcela muito grande dos alunos que são interessados que vão lá para poder aprender seja a instalação boa ou não adequada ou não".

Apesar de sua importância em todos os níveis observa-se que o princípio da integridade é crucial no ambiente ambulatorial, especialmente no treinamento e na prática de médicos especialistas em família e comunidade.

Por fim, a educação centrada no aluno, modelo utilizado no ambiente do CAU-USCS, compreende que o ato de aprender é individual, singular e heterogêneo de cada indivíduo, de forma que a vivência subjetiva deve ser considerada, pois o aluno retém somente o que lhe convém, o que acredita ser muito importante e que se relaciona com seu contexto.

Menezes *et al.* (2019) afirma que, o desafio das instituições de ensino é proporcionar um ambiente favorável onde os estudantes e os professores se sintam livres descobertas, sem que haja censura externa.

Dito de outra forma, os achados corroboram com a proposta de aprendizagem autoiniciada apresentada por Rogers, que envolve a pessoa do estudante de forma holística, unindo os sentimentos e o intelecto, tornando-se assim, uma aprendizagem ainda mais duradoura.

A limitação encontrada nos estudos, reflete uma angústia gerada por uma mudança sobre o conceito de aprendizagem. Tal angústia, presente também nas declarações dos docentes participantes do grupo focal, denota uma necessidade de constante esforço das instituições e de locais como os ambulatórios do CAU-USCS, em transformar positivamente a experiência dos alunos de medicina no cenário e condições atuais de aprendizagem.

É inegável a importância da avaliação no processo de ensino e aprendizagem, cujo objetivo geral é monitorar o desenvolvimento acadêmico, identificando falhas de professores e alunos e corrigindo-as imediatamente. Além disso, os métodos e o conteúdo escolhido terão um impacto profundo não apenas no que os alunos aprendem, mas também no modo como aprendem.

A relação de troca de conhecimento entre alunos, professores, profissionais do serviço e usuários podem ajudar a formar uma nova imagem profissional comprometida em fornecer serviços médicos de alta qualidade para atender às necessidades reais dos pacientes.

Com a mudança de paradigma na saúde, à medida que diminui a hegemonia dos modelos biomédicos e aumenta a importância da racionalidade biopsicossocial para os fenômenos relacionados aos processos de saúde, a medicina foi ajustada no campo dos médicos e da prática médica de pesquisa e gestão em saúde (BRANDÃO, 2013).

Importantes foram as afirmações em que se reconheceu que as atividades dos estudantes no CAU-USCS, contribuem para o processo doença-saúde, e não apenas

para doenças, o que contribui para o aprendizado de ações preventivas e para a eficácia da atenção primária quando o aluno está próximo ao paciente, promovendo a compreensão do indivíduo como um todo e possibilitando diagnóstico e atendimento por uma equipe de profissionais integrada.

7 PRODUTO FINAL: PLATAFORMA *ON-LINE* PARA AVALIAÇÃO DOS ESTÁGIOS

O produto deste estudo foi desenvolvido com base nos resultados obtidos a partir da realização dos grupos focais. Como produto, foi desenvolvido um modelo de avaliação de estágio para ser utilizado ao final de cada ciclo de estágio tanto com estudantes, professores e usuários. Trata-se de uma plataforma *on-line* cujo *link* para acesso será disponibilizado aos atores conforme encerramento de cada etapa. O *link* será preenchido anonimamente e permitirá o aprimoramento das ações educativas e da inserção dos estudos na prática assistencial, pois ao final dos preenchimentos é possível extrair relatórios analíticos com as informações das respostas dos atores responsáveis pelas avaliações.

Os tópicos que compuseram o desenvolvimento da avaliação de estágio foram baseados nas categorias, acima descritas, advindas dos grupos focais. Cada tópico de avaliação é analisado em uma escala do tipo *Likert* de 5 pontos, conforme grau de concordância para cada afirmativa, sendo eles:

- 1- Não concordo
- 2- Concordo pouco
- 3- Indiferente
- 4- Concordo parcialmente
- 5- Concordo totalmente

Além disso, também há uma opção de escolha para ocasiões nas quais o avaliador não sabe responder. Para essa situação, a opção é o número 9. Abaixo, segue o modelo de avaliação *on-line* proposto.

Quadro 15- Modelo de avaliação *on-line* para ser utilizado ao final de casa estágio

Eu sou:		
<input type="checkbox"/> Estudante	<input type="checkbox"/> Professor	<input type="checkbox"/> Paciente
Estágio de _____		
É possível identificar a atuação dos estudantes de medicina		

1	2	3	4	5	9
Considero pertinente e produtiva a inserção dos estudantes de medicina na prática assistencial, conforme modelo utilizado pelo CAU-USCS					
1	2	3	4	5	9
A abordagem da consulta, compartilhada com os estudantes, é mais abrangente e esclarecedora comparada a abordagem da consulta tradicional					
1	2	3	4	5	9
As dúvidas e colocações dos estudantes corroboram com a compreensão dos pacientes sobre o processo saúde e doença					
1	2	3	4	5	9
Considero a mediação do médico/professor fundamental para o direcionamento do aprendizado prático do estudante					
1	2	3	4	5	9
O estudante de medicina inserido na prática assistencial, conforme modelo utilizado pelo CAU-USCS, torna-se mais empático com o paciente					
1	2	3	4	5	9
Acredito que a barreira de gênero (homem e mulher) deve ser abordada para que o estudante não se sinta constrangido durante a prática do exame físico					
1	2	3	4	5	9
Os estudantes compõem a equipe do CAU-USCS de forma respeitosa e integrada					
1	2	3	4	5	9
Os estudantes possuem o acesso às informações necessárias e propriedade sobre o caso dos pacientes assistidos					
1	2	3	4	5	9
Sinto-me confortável com o modelo de atuação, ensino e assistência proposto pelo CAU					
1	2	3	4	5	9
Acredito que o tempo que os estudantes passam por cada estágio é suficiente para o aprendizado dele					
1	2	3	4	5	9
A organização e disponibilidade do médico/professor durante a discussão de caso impactam no processo de aprendizado do estudante					
1	2	3	4	5	9

A inserção do estudante na prática, conforme propõe o CAU-USCS, possibilita maior experiência prática, autonomia e confiança para o estudante e futuro médico					
1	2	3	4	5	9
O tempo de duração de cada consulta no CAU-USCS é adequado, tendo em vista o modelo voltado para o ensino-aprendizado					
1	2	3	4	5	9
A inserção do estudante , conforme modelo proposto no CAU-USCS, possibilita maior desenvolvimento profissional ao estudante					
1	2	3	4	5	9
A inserção do estudante no CAU-USCS é prazerosa e prioritária para ele					
1	2	3	4	5	9
O estudante precisa de maior maturidade profissional antes de ser inserido no CAU-USCS					
1	2	3	4	5	9
Esse modelo de ensino-aprendizado possibilitara maior resolutividade dos casos para o futuro profissional					
1	2	3	4	5	9

Fonte: Dados da pesquisa. Elaborado pela autora, (2020).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a percepção da inserção dos estudantes do 5º ao 8º semestre do curso de medicina da USCS no Centro Ambulatorial Universitário pelos diferentes atores envolvidos encontrei um ambiente propício ao aprendizado, onde o ensino pela prática traz benefícios aos estudantes, pacientes e docentes.

Tive uma limitação devido à pandemia, não sendo possível realizar o grupo focal com a equipe de saúde. Porém, consegui evoluir com os outros grupos.

Pude perceber pelas falas dos participantes dos grupos focais, que os alunos atingiram o nível de experiência através do desenvolvimento dado com a prática. Em resumo, conforme o esperado no campo cognitivo.

O comportamento, as atitudes, responsabilidade, respeito, emoções e valores mudam rapidamente quando os alunos são integrados à realidade do serviço. Entretanto, profissionais que reproduzem modelos hierárquicos e personalizados também podem afetar o aprendizado dos alunos, contribuindo, portanto, para a falta de integração a longo prazo com a equipe.

A presença do aluno coloca o profissional em prática reflexiva, ou seja, o convida a refletir criticamente sobre seus conhecimentos e dúvidas. Essas medidas reduziram o grau de automação, aumentando a capacidade aprimorada de raciocínio analítico e a capacidade de treinamento a longo prazo.

Portanto, a inserção dos estudantes no ambiente do CAU-USCS, faz com que os profissionais revejam quando seus conhecimentos são insuficientes. Responder às questões levantadas os auxilia na melhoria da qualidade do atendimento como um todo.

No entanto, para superar as barreiras historicamente impostas à educação em saúde, é necessário que os estudantes de medicina vivam a realidade do ambulatório tão cedo quanto possível. Aprender enquanto trabalha aprimora as visões críticas e reflexivas dos alunos no encontro dos problemas e os ajuda a agir para obter bons resultados.

Ainda dentro da análise da percepção da inserção dos estudantes do 5º ao 8º semestre do curso de Medicina nas atividades do Centro Ambulatorial Universitário da USCS pelos diferentes atores envolvidos encontrei um ambiente propício à integração educacional e assistencial dentro do cenário de saúde do município, onde

os estudantes tem a oportunidade de aprimorar suas habilidades profissionais, desenvolver saberes e expertises através do ensino pela prática, conferindo benefícios a eles mesmos, aos pacientes que se sentem assistidos com eficiência, respeito e acolhimento e aos docentes que percebem a importância da inserção do aluno no cenário da prática desde seu ingresso na universidade, a oportunidade de desenvolver a relação médico-paciente, auxiliando os estudantes na sua experiência prática com os pacientes.

Esse trabalho tem como produto final um modelo de avaliação para ser utilizado ao final de cada ciclo de estágio tanto com estudantes, professores e pacientes/usuários, através de uma plataforma on-line cujo link para acesso será disponibilizado aos atores conforme encerramento de cada período de estágio, onde através da análise crítica dos relatórios analíticos gerados a partir da avaliação será possível aprimorar as ações educativas à cerca da inserção dos estudantes no cenário de práticas do CAU-USCS.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. C. e MASETTO, M. T. **O professor universitário em aula**. São Paulo; MG Editores, 1990.

AFONSO, Maria Lucia Miranda; COUTINHO, Adriane Ramiro Azevedo. Metodologias de trabalho com grupos e sua utilização na área da saúde. AFONSO, Maria Lucia Miranda (Org.). **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. Belo Horizonte: Campo Social, 2003.

ANDRADE, Henrique Sater de et al. A formação discursiva da medicina de família e comunidade no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 1-18, Dez. 2018.

BARBOUR, Rosaline. **Grupos focais: coleção pesquisa qualitativa**. São Paulo: Artmed Editora, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BAUER, Martin W; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice de; BLASCO, Pablo González; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Narrativas de estudantes de medicina e enfermagem: o que elas nos revelam? **RBM. Revista Brasileira de Medicina (Especial Oncologia)**, [s.l.], v. 70, n. 3, p. 11-17, Out. 2013.

BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice de; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 22, n. 67, p. 1197-1207, dez. 2018.

BION, Wilfred Ruprecht. **Experiências com grupos**. São Paulo: EDUSP, 1975.

BRANDÃO, Luis Alberto. **Teorias do espaço literário**. São Paulo: Perspectiva, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. Lei N.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Brasília, DF, dez. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE NO BRASIL. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

_____. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 fev. 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde, Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 30 jul.2020.

_____. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 ago. 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**, 2010.

_____. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 116/2014, aprovado em 3 de abril de 2014. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 jun. 2014a. Seção 1, p. 17-64. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15514-pces116-14&category_slug=abril-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de jun. de 2014. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília, 2014b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 30 jul. 2020.

BERWANGER, Jaqueline; GERONI, Gabriele Denti de; BONAMIGO, Elcio Luiz. Estudantes de medicina en la percepción de pacientes. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 555-565, set./dez. 2015.

BIZARIO, João Carlos da Silva; VACCAREZZA, Gabriela Furst; BRANDAO, Carolina Felipe Soares. Desenvolvimento de habilidades profissionais na graduação em medicina utilizando diferentes níveis e tipos de simulação para segurança dos usuários do SUS, nos cenários de integração com os serviços em saúde. In: **COBEM - 25º CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, 2019, Uberlândia, MG.

BORGES, Tiago Silva; ALENCAR, Gidélia. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em revista**, [s.l.], v. 3, n. 4, p. 119-143, Jul./Ago. 2014.

BOROCHOVICIUS, Eli; TORTELLA, Jussara Cristina Barboza. Aprendizagem Baseada em Problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 83, p. 263-293, abr./jun. 2014.

BULGRAEN, Vanessa Cristina. O papel do professor e sua mediação nos processos de elaboração do conhecimento. **Revista Conteúdo**, Capivari, v. 1, n. 4, p. 30-38, Ago./Dez. 2010.

BURSZTYN, Ivani. Diretrizes curriculares nacionais de 2014: um novo lugar para a Saúde Coletiva? **Cadernos ABEM**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 7-19, Out. 2015.

CARAMICO, Homero Januário; ZAHER, Vera Lucia; ROSITO, Margaréte May B. Ensino da bioética nas faculdades de medicina do Brasil. **Bioethikos**, v. 1, n. 1, p. 76-90, 2007.

CANALES, Manuel; PEINADO, Anselmo. Grupos de discusión. In: DELGADO, José Manuel; GUTIERREZ, Juan Gutiérrez (Coord.). **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales**. Madrid: Suintens, 1995. p. 288-316.

CANONICI, Emerson Luiz. **Modelos de unidades e serviços para organização da atenção ambulatorial especializada em Sistemas Regionais de Atenção à Saúde**. São Paulo: PROADI-SUS, 2014. (Projeto apoio ao desenvolvimento de sistemas regionais de atenção integrada à Saúde / Regiões de Saúde).

CARLINI-COTRIM, Beatriz. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista Saúde Pública** [online], v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101996000300013>. Acesso em: 16 jul. 2020.

CAVALCANTI, Carolina Costa; FILATRO, Andrea. **Metodologias inov-ativas na educação presencial, a distância e corporativa**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

CHIAVERINI, Dulce Helena et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. (Centro de estudo e pesquisa em saúde coletiva)

COLOGNESE, Silvio Antonio; MELO, José Luiz Bica. A técnica de entrevista na pesquisa social. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, v. 9, n. 4, p. 143-159, 1998.

CYRINO, Eliana Goldfarb; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, Maio/Jun. 2004.

DEBUS, Mary. **Manual para Excelência en la Investigación Mediante Grupos Focales**. Washington: Academy for educational development, 1997.

DIAS, Danielly Ferreira et al. A educação nos espaços formais, não formais e informais no processo de ensino-aprendizagem. **Intercursos Revista Científica**, Ituiutaba, v. 16, n. 1, p. 13-18, Jan./Jun. 2019.

DORIGATTI, Alcir Escocia et al. Como se sentem pacientes quando examinados por estudantes de medicina? Um misto entre ambiguidades e satisfações encontradas em estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online], v. 3, n. 1, p. 95-101, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022015000100095&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 16 jul. 2020.

DORIGON, Thaisa Camargo; ROMANOWSKI, Joana Paulin. A reflexão em Dewey e Schön. **Revista Intersaberes**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 8-22, Jan./Jul. 2008.

FIEDLER, Patrícia Tempski. **Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica**. 2008. 308 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-10072008-161825/pt-br.php>. Acesso em: 01 abr. 2018.

FERREIRA, Debora Carvalho et al. A experiência do adoecer: uma discussão sobre saúde, doença e valores. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 283-288, 2014.

FORNAZIERO, Célia Cristina; GORDAN, Pedro Alejandro; GARANHANI, Mara Lúcia. O processo de ensino e aprendizagem do raciocínio clínico pelos estudantes de medicina da Universidade Estadual de Londrina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 246-253, June 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022011000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 Set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000200014>.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. 30. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

GADOTTI, Moacir. **Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1988.

GASKELL, George. **Entrevistas individuais e grupais**. In: BAUER, Martin W. Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som : um manual prático / Martin W. Bauer, George Gaskell (editores); tradução de Pedrinho A. Guareschi.- Petrópolis, RJ : Vozes, 2002. 2ª Edição. Título original: Qualitative Researching with Text, Image and Sound: a Practical Handbook. ISBN 85.326.2727-7. Disponível em:

file:///C:/Users/Professor/Downloads/BAUER,%20Martin%20W.%3B%20GASKELL,%20George%20(ed.)%20%20%20Pesquisa%20Qualitativa%20com%20Texto,%20Imagem%20e%20Som%20(1).pdf. Acesso em: 30 jul. 2020.

_____. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. cap. 03

GONDIM, Sônia Maria Guedes. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 7, n. 2, p. 299-309, 2002.

GOMES, Maria Elasir S.; BARBOSA, Eduardo F. A técnica educativa de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. **Revista Educativa**, São Paulo, 1999.

IRBY, David M. Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. **Academic Medicine**, [s.l.], v. 70, n. 10, p. 898-931, Out. 1995.

JARDIM, Paulo César Brandão Veiga et al . O papel do aluno de graduação em Medicina no atendimento a pacientes de enfermarias de longa permanência de um hospital-escola. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 1, p. 75-82, Mar. 2008.

KIND, Luciana. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-138, Jun. 2004.

LIBÂNEO, José Carlos. **Pedagogia e Pedagogos, para quê?** 12. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

LERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia Qualitativa na promoção da saúde. **Revista da escola de enfermagem da USP**, [s.l.], v. 35, n. 2, p. 115-21, Jun. 2001.

MACIAS, Luísa Lobato; PARAFITA, Renan Mota; CALDAS, Cezar Augusto Muniz. A visão do paciente atendido pelo acadêmico de medicina em um Hospital Escola. **Pará Research Medical Journal**, [s.l.], v. 1, n. 2, p. 1-7, 2017.

MERTON, Robert K.; FISK, Marjorie; KENDALL, Patricia. **The focused interview: a report of the bureau of applied social research.** New York: Columbia University; 1956.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 6. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília Souza (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba *et al.* Saúde da família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 985-972, 2008.

MORGAN, Vin; VAN OMMEN, Tas D. Seasonality in late-Holocene climate from ice-core records. **The Holocene**, v. 7, n. 3, p. 351-354, 1997.

NERY, Samantha O. **Grupo focal**. (Extraído do Projeto Itajubá – Tecnópolis). 1997. Mimeografado.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE - OPAS. **Educación permanente de personal de salud en la región de las américas**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1988.

OLIVEIRA, Felipe Proenço de. **As mudanças na formação médica introduzidas pelo Programa Mais Médicos**. 2018. 237 f., il. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

OLIVEIRA, Marcia Silva de. **Estudo sobre a valorização das relações interpessoais, entre professor e aluno, e suas contribuições para o processo de ensino-aprendizagem da graduação, do curso de biomedicina**. Centro Universitário de Brasília – UniCEUB instituto ceub de pesquisa e desenvolvimento – icpd centro de especialização e desenvolvimento – cesape curso de pós-graduação em docência universitária. Disciplina: monografia. 2004. 94 f. Brasília, dezembro de 2004. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/185256795.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020.

PACHECO, Rafaela Alves. **Sentir é saber: a produção de (re) existências do saber sensível no contexto de uma escola médica**. 2019. 147 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2019.

PAIVA, Ana LS *et al.* Label-free proteomic reveals that cowpea severe mosaic virus transiently suppresses the host leaf protein accumulation during the compatible interaction with cowpea (*Vigna unguiculata* [L.] Walp.). **Journal of proteome research**, [s.l.], v. 15, n. 12, p. 4208-4220, Nov. 2016.

MENEZES, Laura et al. Quasiperiodic behavior in the electrodeposition of Cu/Sn multilayers: extraction of activation energies and wavelet analysis. **Physical Chemistry Chemical Physics**, [s.l.], v. 21, n. 37, p. 21057-21063, 2019.

PATTON, Michael Quinn. **Qualitative evaluation and research methods**. 2. ed. [s.l.]: SAGE Publications, 1990.

PROJETO MEMÓRIA DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE ANOS 1980-1990. **Relatório final**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

POMMER, Wagner Marcelo; POMMER, Clarice Peres Carvalho Retroz. A metodologia do grupo focal e a formação continuada do professor: um olhar interativo envolvendo a articulação cognição e emoção. **Revista Itinerarius Reflectionis - UFG**, Jataí, v. 10, n. 2, Jul./Dez. 2014.

ROGERS, Carl C. **A terapia centrada no paciente**. Lisboa: Moraes Editores, 1974.

_____. **Liberdade de aprender em nossa década**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

SCHULTZ, Theodore William. **O valor econômico da educação**. Rio de Janeiro. Editora: Zahar; 1985.

SILVA, Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da; TRAD, Leny A. Bomfim. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, Set. 2004/Fev. 2005.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 547-576.

SONIX. Software SONIX. Disponível em: <https://sonix.ai/about>. Acesso em: 03 set. 2020.

STEWART, David W; SHAMDASANI, Prem N. **Focus groups: theory and practice**. 20. ed. [s.l.]: SAGE Publications, 1990. Applied Social Research Methods Series.

STOCK, Fabíola Schaufller; SISSON, Maristela Chitto; GROSSEMAN, Suely. Percepção de estudantes de medicina sobre aprendizagem da relação médico-paciente após mudança curricular. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 5-13, Mar. 2012 .

SUCUPIRA, A. C. S. L. Estrutura da consulta. In: LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; CAPRARA, Andrea; COELHO FILHO, João Macêdo. **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007. cap. 01.

TOLEDO JÚNIOR, Antonio Carlos de Castro et al. Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico. **Revista Médica de Minas Gerais**, [s.l.], v. 18, n. 2, p. 123-131, 2008.

TRINDADE, Leda Maria Delmondes Freitas; VIEIRA, Maria Jésia. O aluno de medicina e estratégias de enfrentamento no atendimento ao paciente, **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 167-177, Jun. 2013.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico Qualitativa**. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, Jun. 2005.

VARGA, Cássia Regina Rodrigues et al. Relato de experiência: o uso de simulações no processo de ensino-aprendizagem em medicina. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 291-297, 2009.

VEIGA, Luciana; GONDIM, Sônia Maria Guedes. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. **Opinião pública**, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2001.

VIGOTSKY, L. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Ícone, 1988. p. 125. Cairu em Revista. Jul /Ago 2014 , Ano 03 , nº 04 , p. 119-143 , ISSN 22377719. Disponível em: https://www.cairu.br/revista/arquivos/artigos/2014_2/08_METODOLOGIAS_ATIVAS_PROMOCAO.doc. Acesso em: 30 jul. 2020.

WENGER, Nanette K. Current status of cardiac rehabilitation. **Journal of the American College of Cardiology**, [s.l.], v. 51, n. 17, p. 1619-1631, Abr. 2008.

WESTPHAL, Marcia Faria; BÓGUS, Claudia Maria; FARIA, Mara de Mello. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol. Oficina Sanit. Panam**, v.120, n. 6, p.472-482, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The focus group manual**. Genebra: WHO, 1992. (Methods for Social Research in Tropical Disease, 1).

APÊNDICES

APÊNDICE I – CARTA DE ANUÊNCIA DA UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL – GESTOR ADJUNTO DO CURSO DE MEDICINA

CARTA DE ANUÊNCIA

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)



Ilmo. Gestor Adjunto do Curso de Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul

Prof. Dr. Enrico Ferreira Martins de Andrade

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a realização do projeto de Mestrado Profissional do Curso de Medicina da Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS, intitulado “Percepção da Inserção dos Estudantes do Curso de Medicina nas Atividades do Centro Ambulatorial universitário da USCS pelos Diferentes Atores Envolvidos no Processo Educacional-Assistencial”, sob a responsabilidade do pesquisador Professor Orientador Dr. Carlos Alexandre Felício Brito, nesta Instituição.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento dos requisitos estabelecidos pela Resolução 466/12 e suas complementares.

Antes do início da coleta dos dados o pesquisador responsável deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

São Caetano do Sul, em ____/____/2019.

Secretária de Saúde do Município de São Caetano do Sul

Autorização de realização e assunção da co-responsabilidade

APÊNDICE II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETAN DO SUL

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“PERCEPÇÃO DA INSERÇÃO DOS ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA NAS ATIVIDADES DO CENTRO AMBULATORIAL UNIVERSITÁRIO DA USCS PELOS DIFERENTES ATORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO EDUCACIONAL-ASSISTENCIAL”

Prof. Dr. Carlos Alexandre Felício Brito
Profa. Simonne de Nazareth Carmona Quaglia
Número do CAAE: 24546719.40000.5510

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa e este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegura seus direitos como participante de pesquisa e foi elaborado em duas vias, assinado e rubricado pelo pesquisador e por você, sendo que uma via será sua e outra ficará com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma e, aproveite para esclarecer suas dúvidas. Se você tiver perguntas, poderá fazê-las ao pesquisador. Você NÃO sofrerá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se não aceitar em participar desta pesquisa ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Justificativa e Objetivos

Analisar a percepção das atividades dos estudantes do 5º ao 8º semestre do curso de medicina da USCS no Centro Ambulatorial Universitário da pelos diferentes atores envolvidos.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a: participar de um grupo focal. Serão formados quatro tipos de grupos focais, quais sejam, com acadêmicos do 5º ao 8º semestre, com usuários CAU-USCS e acompanhantes, com equipes de saúde do CAU-USCS e ESF, com docentes do Curso de Medicina da USCS. Você deve ler, compreender, acordar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido caso para participar do grupo focal de acordo com sua relação com os grupos existentes, conforme supracitados. Este processo será efetuado de forma intencional e por conveniência, com a composição de 6 a 7 participantes de cada uma das categorias descritas. A pesquisadora principal deste estudo será a responsável pela elaboração e condução dos grupos focais; técnica de pesquisa qualitativa, de diagnóstico rápido e de baixo custo, usada para conhecer atitudes, opiniões, percepções e comportamentos dos grupos, a fim de permitir uma avaliação diagnóstica conforme experiências vivenciadas e relatadas pelos atores (LERVOLINO; PELICIONI, 2001) A composição dos grupos, coordenação, organização local, e documentação, serão realizadas de acordo com a literatura (WESTPHAL, 1996; DEBUS, 1997; COTRIM, 1996). A análise dos dados qualitativos obtidos deve ser analisada seguindo a proposição de Turato (2003) e Bardin (1995), quais sejam, transcrição das entrevistas gravadas; registro anotações extras; realização de leituras necessária, destaque e organização de assuntos por relevância e/ou repetição; debate dos resultados com o grupo de pesquisa; citações ilustrativas das falas de forma descritiva e desidentificada.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

Observações:

- Cada grupo focal deve durar em média de 40 a 60 minutos, e será realizado no local em que os atores estiverem, quais sejam, no serviço de obstetrícia com as usuárias e acompanhantes, e com a equipe de saúde, com os preceptores e docentes, e, na Universidade com os acadêmicos.
- Os grupos focais serão gravados pela pesquisadora principal deste estudo, e, assim, que os discursos forem transcritos pelo “software sonix”, os mesmos serão descartados.

Desconfortos e Riscos

Você não deverá participar deste estudo se no decorrer do Grupo Focal, sentir-se incomodado pelos assuntos abordados ou mesmo, caso a opinião apontada por outros participantes venham incomodá-lo. Além disso, não há procedimento invasivo e o risco é classificado como grau mínimo. Resolução CNS no. 466 de 2012 “ÁREAS DA SAÚDE” definem como “Risco da pesquisa: possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente”. As providências a serem adotadas, visando minimizar os desconfortos e riscos, estão vinculadas às solicitações dos participantes, assim, que, sintam-se de alguma forma desconfortáveis com o desenvolvimento do estudo. Tais participantes serão retirados do estudo, caso ele já tenha iniciado, e, a gravação será descartada imediatamente, na frente de todos os participantes.

Benefícios

Será produzido ao final da pesquisa um produto, que poderá se traduzir em ações, intervenções, capacitações, manuais, protocolos baseados nos resultados encontrados no presente estudo.

Acompanhamento e Assistência:

Você terá esclarecimentos de forma clara, à cerca de como será realizado o acompanhamento aos participantes de pesquisa. Esclarecer que medidas serão adotadas com os participantes da pesquisa, caso sejam detectadas situações que indiquem a necessidade de uma intervenção (médica, nutricional, psicológica ou outra). Informar que o participante terá direito ao acesso aos resultados de pesquisa, exames e do tratamento sempre que solicitado.

Sigilo e Privacidade:

Você tem garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Seu nome não será revelado na divulgação dos resultados desse estudo.

Ressarcimento e Indenização:

Você não terá despesa e nem compensação financeira relacionada à sua participação nessa pesquisa. Você tem garantida a disponibilidade de tratamento médico e indenização em caso de danos que os justifiquem e que sejam diretamente causados pelos procedimentos da pesquisa (nexo causal comprovado). Você terá a garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores: Simonne de Nazareth Carmona Quaglia; endereço profissional: Rua Espírito Santo, 277 – CEP 09530905 – Bairro Santo Antônio; telefone: (11) 42288959 ramais 5526, e-mail: carmona_quaglia@uol.com.br.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da USCS, das 8h às 12h e das 14h às 18h, através do telefone (11) 42393282.

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa	Profa Dra Celi de Paula Silva
Vice Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa	Prof. Dr. Arquimedes Pessoni
Telefone do Comitê: (11) 42393282	
Endereço do Comitê: Rua Santo Antônio, 50, Centro – São Caetano do Sul	
e-mail do Comitê de Ética em pesquisa: cep.uscs@uscs.edu.br	

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):

O CEP tem como função avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das Instituições, além de ser um órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Consentimento Livre e Esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do (a) participante da pesquisa:

Data: / /2019

(Assinatura do participante de pesquisa ou nome e assinatura do seu responsável legal)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da Resolução 466 de 2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante de pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP. Comprometo-me utilizar os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento.

(Assinatura do pesquisador)

Data: / /2019

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

APÊNDICE III - ROTEIRO GRUPOS FOCAIS

Os grupos focais, serão realizados mediante a técnica do grupo focal, utilizando as seguintes perguntas norteadoras:

Roteiro 01 (Estudantes do 5º ao 8º semestre)

- (a) Como você percebe sua inserção no ambiente de atividades ambulatoriais do CAU-USCS
- (b) Como você se sente atuando nos ambulatórios do CAU-USCS?
- (c) Como você percebe os outros atores que estão presentes no CAU-USCS (Equipe, Docentes e Usuários)?
- (d) Qual a sua percepção sobre a assistência e o ensino integrados no CAU-USCS?

Roteiro 02 (Docentes)

- (a) Como você percebe a inserção dos alunos do 5º ao 8º semestre do curso de medicina da USCS nas atividades ambulatoriais do CAU-USCS
- (b) Como você se sente atuando como docente do CAU-USCS?
- (c) Como você percebe os outros atores que estão presentes no CAU-USCS?
- (d) Qual a sua percepção sobre a assistência e o ensino integrados no CAU-USCS?

Roteiro 03 (Pacientes)

- (a) Como você percebe a presença dos alunos do 5º ao 8º semestre do curso de medicina da USCS nas atividades ambulatoriais do CAU-USCS
- (b) Como você se sente sendo cuidado pelos docentes e estudantes do CAU-USCS?
- (c) Como você percebe os outros atores que estão no CAU-USCS (Estudantes, Docentes e Equipe)?
- (d) Qual a sua percepção sobre assistência e o ensino integrados no CAU-USCS?
- (e) Sobre a inserção do estudante. Aquilo que a gente vê dele ali na prática. Percepção sobre assistência e ensino integrado

APÊNDICE IV - TRANSCRIÇÃO GRUPO FOCAL (ESTUDANTES 5º AO 8º SEMESTRE)

- (a) Como você percebe sua inserção no ambiente de atividades ambulatoriais do CAU-USCS
- (b) Como você se sente atuando nos ambulatórios do CAU-USCS?
- (c) Como você percebe os outros atores que estão presentes no CAU-USCS (Equipe, Docentes e Usuários?)
- (d) Qual a sua percepção sobre a assistência e o ensino integrados no CAU-USCS?

[00:00:00] Com amigos o Língua Comum não sei do envolvimento que você tem da informação que você tem sobre os ambulatórios que você tem achando como vocês estão vendo a atuação de você. Nem um pouco do caos que.

[00:00:23] Podem ir pra frente. Há.

[00:00:38] Uma percepção pessoal de fala da nossa estreia no Bellator e é isso que a sua opinião que você acha que está bom.

[00:00:49] Apoio se você ver como sanidade.

[00:00:53] Acho que é nosso interesse no relatório. Ela vai depender de alguns fatores. Depende da especialidade. Pelo menos pra mim porque eu tenho mais interesse em determinadas especialidades do que a outra. Vai depender do profissional. Então depender do profissional que está lá também diminui ou aumenta o meu interesse de participação. Vai depender se tem paciente agendado ou não. Os casos que você pega também porque existem casos clínicos que você ache interessante caso tem alguma chance de que elas acabam repetindo se muito aqui se não for uma especialidade que você tem muito interesse aquilo começa a ficar mais monótono mais maçante para mim e algumas ocasiões. Pessoalmente então é vai depender de vários fatores. Mas enfim o que eu costumo abstrair hoje é dizer sem pegar o lado positivo todas as especialidades.

[00:02:02] Sobre todos os tratamentos que desejam a independência que.

[00:02:06] Eu acredito muito que quem faz o dia a gente faz muita gente então mesmo que de repente eu não gosto muito da crise de ansiedade que não tenho muito

interesse na minha área de atuação futura ou que de repente aquele profissional não me agrade tanto em termos de conduta eu procuro abstrair aquilo que eu vou absorver e levar para minha vida. Eu vejo uma anamnese que puxa que legal meu colega usou tal pergunta e eu pensei em fazer pergunta poxa. Olha que interessante esse caso clínico eu sei que algumas hipóteses né. Ele ia acabar tendo o diagnóstico usou essa medicação para tratar esse caso eu normalmente usaria outra. Eu tive alguma dúvida da medicação então ele procurou quem queria tentar dizer o que de positivo ou passar eu posso tirar eu vou tirar alguma coisa na anamnese se eu tiver alguma coisa de positivo no exame físico e tratamentos específicos nesse dado.

[00:03:08] E se eu tiver tempo é porque eu trabalho meu tempo reduzido. Então eu costumo também fazer um.

[00:03:19] Olha que chique.

[00:03:21] A palavra ainda tem na minha casa depois eu vou refletir um pouquinho porque eu sei que no final do dia acaba refletindo no que eu fiz durante o dia. Então no que eu poderia ter feito. Eu tenho um paciente designado paciente de um doutor. Eu sei que isso poderia ter melhorado nisso poderia ter sido diferente daquilo que eu poderia ter melhorado. Eu não sido naquele determinado momento.

[00:03:45] Eu sempre faço uma minoria e eu concordo. A ocasião depende muito do profissional que está com a gente. Eu já peguei para servidores que não tinham parece que não tinham muito interesse em trazer gente para as especialidades e sabe despertavam muito interesse na gente. Já tinha tutores que já cheguei para secretárias que bem pelo contrário são extremamente dinâmico suporte didático. A própria memória desenvolveu para a gente uma forma de a gente se organizar para atender melhor os pacientes no ambulatório. Cada semana atendia duas outras duas fazia o exame físico e eu acho que isso é bastante importante e contribui muito. Outro fator também que Assad falou que eu acho que vale muito a pena pontuar a questão do paciente é precisamente no ambulatório de pediatria por exemplo foi o bastante para medicado porque não tinha pacientes. Eu acho que bem feita no próprio ambulatório e ter os pacientes para a gente treinar. Então você não tem ficar um pouco complicado seja em esse contato com a especialidade que não é.

[00:05:00] Fala outra coisa mas acho que esse corte incondicionais não conseguiu entrar no palco e eu queria falar com isso para dizer que o ambulatório é a parte mais antiga da faculdade. Até que ele tem que circular. Quando eu comento aqui e a gente vê claramente o caminho das orquídeas que até então mudanças de contato no ambulatório são muito mais aprendi durante a faculdade. Era uma coisa a gente vê as coisas da tutoria discutindo a se aprende a tutoria chegar no ambulatório deles caso semelhante. Isso eu não aceitaria discutir com esse professor e preceptor. Foi o momento que eu comecei a sentir em casa aprendendo na faculdade de medicina.

[00:05:54] E foi assim que a gente aprende várias coisas. A nossa diretoria ainda deixou farpas depois de encerrada.

[00:06:01] Querendo ou não para manter uma grade muito boa. é isso que a gente tem para aprender e vários assuntos. Se fosse consultoria entre outros setores se propõe pra gente. A gente vai em casa enfim abre um leque maior e ajuda então para mim é a melhor participação embora eu concorde até agora.

[00:06:31] Eu acho que é uma das minhas preferidas. Achei que tinha pela frente muito bem entrado. Não há nada de mais interessante em uma história que eu pudesse fazer mais. Mas hoje o combate vai de encontro com a gente vai ter no dicionário então ela vai inicialmente porque meu contato início ainda não é por baixo. Guarde também as pessoas. Mesmo assim não segue com muita propriedade anamnese ela é mais direta. São gente que não tem para treinar anamnese e a gente sabe. que treinou semana passada o fôlego de. alguma coisa ficou mais interessado. Então acho. muito. coerente é. o de informar e perigo que se opõem a ela. Quando de fato às vezes uma coisa a gente não falar na primeira vez que eu não gosto tem um pouquinho de água porque se você não pode ter ambulatório eu acho que o recebe desse total. Nem eu nem tinha visto grande atividade.

[00:09:22] Quando é bem mais grave eu consegui uma consulta numa altura em que aconteceu. Com clareza de não cantar ela e o ambulatório. assim como uma das matérias mais importantes porque é.

[00:09:55] Um lugar que a gente realmente vê o que a gente aprende muita tudo a gente põe em causa o que pegar o paciente no livro que está todo bonitinho com um desenho tinha de ser diferente com a pessoa. Você tem de escolher suas palavras. Você tem que se articular e conseguir extrair do paciente as informações. Até porque apresenta no primeiro ano treinava muito com. os alunos mesmo entre nós é muito fácil você perguntar que uma pessoa que já sabe o que tem que responder então saiba que deve ajudar em tese no ambulatório você pergunta a é a pressão errada. e não fala. E aí você tem que conseguir se inscrever e confiar nas coisas que você está pensando. parecendo indicar seus colegas de teu time olhando e esperando uma postura sua. Mas eu mesmo. quando você acabo de ler um relatório da mãe você fala nossa. Só consegui conhecer mais essa situação e. como ele falou depois você começa a pensar olha a queridinha da venda livre agora vejo a pessoa num dia não saberia o que fazer. Consigo ajudar o que. é muito palpável essa diferença. Concorda com quem está no profissional. às vezes eu acredito que o interesse nem é tão importante quanto o profissional que muitas vezes eu não tinha interesse na especialidade e o profissional me fez pensar com mais carinho nele musical. Gero era uma matéria que assim eu iria fazer. Identifiquei muito bem chegou a ter Fabiano aqui atrás não lembro naquela hora carimbada enfim lá ele Acari e eles deixaram a com uma cara completamente diferente para mim dermatite nem com a Renata Simony

então assim são vários profissionais e se apresentou com tanto carinho especiais fazem tanta questão de colocar no mundo que você quer chegar lá.

[00:12:10] é uma coisa que também pesa de vez em quando. acaba aqui. Faz parte da daqueles ainda na infra estrutura do local porque os ambulatórios está muito muito quente. Não tinha ventilador não tinha nada gente de jalecos pacientes suando a gente suando o professor Solange é assim isso desestabiliza um pouco na hora de fazer uma boa consulta. Nem ela cresce porque estes nunca atendem mais da vida de onde foi necessário e a organização também dos professores. Muitas vezes tem professores que são extremamente organizados. Eles programam discussões para não perder tentou sempre otimizar e tem professores que não tem tempo cuidar também um pouco mais. Só tenho a elogiar um relatório porque o a pessoa aqui na unidade básica. Não tinha e ainda não tinha atendido ainda. Quando eu cheguei não sabia nem por onde começar a fazer monitores e assistimos meus colegas que estando eu fui conseguindo. E hoje eu me sinto muito segura e faço a anamnese problema físico. Aí existe como se fosse uma conversa normal já virou natural e é uma das coisas que eu mais me orgulho de ter conquistado no ambulatórios.

[00:13:44] Depois disso todo mundo falou que eu mais gostei bastante no Brasil mas eu acho que cada aluno tem uma experiência diferente hoje que nos ambulatórios eles conseguem igualar esse expediente para todo mundo.

[00:14:16] É óbvio que a parte que faz a gente que perde pode dizer que ela só iria lá só dependendo.

[00:14:42] Relatórios. A experiência é melhor ainda para um relatório. Todos são bem empenhados nos ambulatórios então foi experiência prática para todo mundo. Foi gratificante e acabou ajudando o outro. Então acho que fiz também um grande crescimento profissional. Caberá aos mineiros falar de seus pacientes. Dou do médico porque ele passou Kakashi porque era de capacete menina lá e lá estava toda uma história toda um negócio grande entre outros que a discutindo outras coisas que nem eram tão interessantes para nós e que não agregava vai montar uma balança por todo mundo.

[00:15:50] Acho que é muito bom ambulatório e acho que teria que crescer mais daí eu acho que trago sempre mais com mais salas dividiu o grupo em dois três ou quatro mais pra frente daqui pra frente não é só pra gente fala não é pra gente botou pra serviço mas então tem que ter mais mais profissionais. Se for assim o Brasil tem dois ou três jogos são pra gente passa mesmo como num passe com o mesmo profissional mais experiente com temática melhor. Que estão chocados e mais duas colocações.

[00:16:44] Rapidinho e a primeira cinco pontos a melhorar. E é acredito que vem estudantes de estudante possa melhorar e respeita a marcação dos pacientes. A gente observa que dois gols marcados no período da manhã representantes também

segundo a mesma fonte. Na manhã dois são marcantes na rotina nome fantasia %69 dois acessos gênero que já marca dois então misturando os dois chegamos a explorar. Querendo ou não principalmente ele está que não tem muito costume de fazer anamnese e estatal demorando no mínimo uns 40 minutos e 40 minutos só atendendo só sol seu grupo enfim depois da linha médica depois de passar o caso da consulta à terapia é quando você vai pegar um segundo paciente porque tem sim três setores começaram neste dizer que todo mundo atendeu em minha vida atendendo clientes da segundo setor que fica com o segundo paciente você não tem uma segunda frase que vai chegar esteve muito à frente países até porque já está habilitado Giovanna falou Você sabe quem ainda extrai do paciente uma história ou tentando fazer da melhor maneira possível os testes físico o paciente que levam horas. Imagine uma pessoa que já está irritada então que trata essa ali eu já percebi não comigo que eu tenho mais acreditando sim mas assim como colegas que eu fiquei com dó que eu penso assim pensando nela que eu estava tentando passar na barreira da timidez para criar uma barriga que ela tinha que fazer aquilo uma coisa que você não está acostumado a fazer isso ou aquilo que você está acostumado a fazer que gera insegurança. Você está na frente de outros colegas vai te dizer amanhã. Ainda que a pessoa começava a e o paciente assim leva pra casa da pessoa uma cara cozinhando aqui vai logo termina isso. Então começa na escola e 20 horas já acabou. Parece que isso vai ser uma pressão desnecessária em cima daquilo. Então primeiro não sei que as consultas normalmente parece uma marcadas de 15 em 15 minutos nessa linha está numa fase de aprendizado. Você não vai conseguir fazer como profissionais para 6 e 15 minutos você não consegue. Então ser marcado com um tempo maior porque isso geraria um menor estresse.

[00:19:10] Os paciência também graças falar.

[00:19:16] Lembre se que eu acho muito importante mesmo legal algumas das minhas falaram essa parte da prática é muito diferente. Você tem realmente no papel e sei fazer lá a consulta presencial pessoalmente com pacientes. Eu tinha muita dificuldade para quem você lê la. O que você tem que perguntar para mim Neves na identificação com o mais básico. Sempre acaba esquecendo um ano sempre a não ser que você tenha muita facilidade para conversar com as pessoas se uma pessoa mais solta eu sempre mais tímida. Sempre tive muito mais dificuldade de organizar uma linha de raciocínio na minha cabeça. Hoje eu vejo que melhorei bastante e ela sabe disso. Eu já tenho muito mais marcado de cabeça erguida que eu preciso perguntar e isso tem ajudado muito até porque quando a gente chegar num internato isso já tem que estar praticamente enraizado na minha cabeça e isso ajuda muito disse.

[00:20:19] Acho extremamente importante.

[00:20:23] É só carinho e senti uma autonomia quando sei lá é como se você estivesse realmente vivenciando.

[00:20:31] Hoje em dia é meio difícil como profissional já ela depende um pouco. Poucos profissionais fizeram isso mas eu já tinha já teve receptores.

[00:20:47] Interferiu muito na consulta sabe interferiram demais a ponto de chegar sentado e fazer todas as perguntas.

[00:20:55] Você só vai anotando quem está falando. Então eu acho que isso atrapalha porque não é o intuito do ambulatório justamente pra gente fazer inclusive gosto quando um professor sai da sala. Acho que a gente fica muito mais à vontade e hoje menos eu fico.

[00:21:17] Ai se eu te falar que eu só ia falar disso eu concordo muito com minha vitória disse. Absolutamente tudo. Eu me sinto mais confortável sem um professor na sala mas se ele estivesse também ali observando bem o que realmente incomoda são professores que vão ficar fazendo a Minas inteira para você. Até porque a gente acaba não aprendem não teve especialidades que ele passou e ele sim eu não gostei de fazer análise da especialidade porque eu fui basicamente uma relatora. O professor falou que eu ia notando que tem outras especialidades por exemplo psiquiatria que exigem um cuidado maior. E aí o que a Flávia faz por exemplo. Ela na primeira semana ela atende. E aí depois a gente começa a atender. Então isso mexe no seu trabalho. Se eles querem mostrar muito trabalho agora eles não abrirem espaço. Eu acho meio complicado. Eu até entendo. Tem especialidades que precisam disso mas eu acho que você tem um pouco do propósito de toda a questão. E quanto à postura singular eu sinto eu não consigo ficar aqui.

[00:22:35] Eu já estou atuando como médica. Sim porque é que a gente tem muito a aprender. Mas é uma oportunidade muito que eu tinha as minhas estavam falando e faz notar a diferença na nossa formação. Até porque quando a gente chega no internato a gente chegou mas eu acho que a gente vai chegar mais confiante.

[00:22:52] Eu me sinto muito mais confiante as faculdades que antes só tem que fazer consulta que vai fazer. Todo mundo tinha um pouco de receio. E aí agora todo mundo aqui. A gente já se sente mais confortável pra fazer. Então eu sinto que essa autonomia que eles têm. A gente vai conquistando um espaço e conquistando a confiança que eu julgo ser bastante necessária.

[00:23:19] Uma folga desse reparei que elas também repararam no terceiro ano que a gente vai atender nos. Então.

[00:23:36] Da frente. Eu ainda não tinha estudado. o que era diabético boa visão jogando um pedacinho meio pra gente. Eu senti que logo no set. ok porque a gente estudou no Green ou melhor uma ideia mente me dava isolado.

[00:24:10] Larguei tudo no decorrer dos anos 80 quando foi dado um novo começo para dar um bote tinindo. O. Paulo. melhorou e ajudou muito os animais em pequena. escala ao coisa onde cabem bem um papel determinante dar mais segura também acordou.

[00:24:48] Atender bem toda aquela gente. No começo eu estava muito. Por exemplo alguém falava alguma.

[00:24:53] Então eu não estava lá no papel mas eu não podia ficar indiferente. Dilma também também melhorou e subiu mais. Uma comissão.

[00:25:25] Após a exatamente indica porque é uma insegurança ainda mais em relação ao Congresso. A confiança assim terem compareceu.

[00:25:42] Concordo muito com a adição do médico ficar professor e ficar na sala interferindo porque é eficaz na saúde e atrapalha é a todo momento. Nesse sentido não vai fazer então essa vigilância fica também sentir a acrescentar nas telas de cinema milhares é grave. A vitória demora um tempo na cabeça de todo mundo. Você cria o seu estilo de fazer uma consulta porque até agora a gente tem no próprio site assim de fazer e até onde você está. Você já está pensando na praça. Pergunta o professor daqui para a frente. Então quem escreve direito já se embaralha. Caco nervoso nunca foi paga já deve ter reparado. e você que já acabou pouco. mais e que se recupera. da. crise será perfeito para que a gente não fazia a menor ideia de como a consulta porque alguém tinha muito fora da escola que a gente teve até agora. Então ela até tinha interesse nessa primeira semana. Ela. era. a maior com ética e ajuda bastante na hora da gente conduzir e depois da primeira semana que ela atendeu. Claro que não quero que ela acredite neste todos que passaram com ela porque eles têm feito sexo e. não. interferia. Tinga deixava Jonas e quando a gente terminava a gente até a sala de aula estava discutia o caso e depois a gente voltava para conversar com pacientes assim. Era muito tranquilo mas me sentia muito à vontade. E nesse momento assim eu me senti um pouquinho mais médica talvez um médico um pouquinho mais interna.

[00:27:29] Nada mais fácil mais independente.

[00:27:35] E eu acredito que hoje se a gente pudesse como sugestão adotar também se fosse um André Letra aqui todos os presentes seguissem essa mesma linha de raciocínio se despede.

[00:27:48] Pelo menos um motivo pra escolher escolheria isso porque ainda carece de diferentes etapas. Tem gente que pediu uma coisa muito especial otorrino não sabem melhor assim. Eu tenho claro na lei e habilidades uma hora né. Que pai executivo ganha mas você não tem a habilidade do lugar. Não sei o que pretende aqui eu não entendi nada nada nada ou seja tudo o que a gente tem que chega ao que

aqui não se aplica é determinante personalidade. Ninguém fala assim não. Eu vou fazer a primeira consulta antes do grupo e todo mundo né. Eu vou fazer a primeira consulta e dentro daquela consulta explicável. Mas como é uma. Dentro daquele especialidades como o Flávio não possui especialidades mas todos fazem isso. E depois então deixam o grupo fluir. Eu acho que se seguisse este modelo os dois modelos mais pressionadas pelo exterior pela experiência também.

[00:28:56] E como que você tem alguma pessoa com coragem como você tem no ambulatório 12 preceptor para um pouquinho mais de meninas.

[00:29:07] Não sei se agora tenho alguma informação como sendo bem colaborativo como eu tenho pelo contrário.

[00:29:21] Uma vez eu chego lance difícil e até essa pessoa pegar uma ficha numa lixeira. A única coisa que você precisa fazer você tem um tempo para atender isto é culpa da Fulano de Tal. Ela deve antes mesmo de você. Então para meu contato eu não vejo ela. Nunca repito atendeu o paciente. Não sei como seria uma porta para mim. Pela escrito de enfermeira de auxiliar. Ele não é assim.

[00:29:54] No meu caso sempre as discussões de triagem para todos os lados. Depois se vai consultar sempre pré consulta que depois não tem contato com enfermagem.

[00:30:06] Ele também tem pouco contato com o pessoal que fazia a triagem falou. Acho que a gente nem tem lá no ambulatório esse contato com as profissionais. A recepção eu acho que o que atrapalha um pouco da atitude dele. Muitas vezes a gente está dentro da sala com um paciente. Já aconteceu de ele bater a porta para avisar que chegou outro paciente. Eu acho que isso atrapalha bastante principalmente na psiquiatria. Tive que sentar com um paciente que naturalmente é mais sensível está mais sensibilizado. Já é difícil de falar com pessoas vendiam o que a gente tinha da esquerda na sala. Estar num momento lá super disposto e aí chega a mudança para entregar o papel chegou aos pacientes então eu acho que podia ser igual na Nasa.

[00:31:02] Se tem um suporte na porta pra deixar um prontuário. é aí que a gente acaba. A gente estava um caos paciente paciente.

[00:31:17] É um cargo muito Quasi. Não só. da área de psiquiatria. Algumas vezes no ambulatório de gelo inclina completamente exposto quando a gente tá fazendo exercício físico deve bater na porta e insistir no eles abrem a porta. Sabe se que tenho problemas mas mesmo assim para pacientes ficar exposta fica até que o nervosismo vai aparecer se aparecer alguém. é assim tão assim. Os poucos contatos que esse pessoal da recepção. Eles foram muito solícitos é muito educado assim não tive nenhum problema com educação mas às vezes senti um pouquinho de despreparo sim pouco de para. E assim como eles devem parecer até um ambulatório da

faculdade selecionei para clientes planeja abrir a porta vozes aqui. é assim que para constrói para tentar acertar aqui. Apesar da recepção não não entendeu. Em relação aos pacientes Matias que também estava envolvido na pergunta foi um gremista mas acho que a maior parte eles são muito colaborativos. São pessoas extremamente adeptas da maior força que eu consigo encontrar no TED. Quando os pacientes virarem falar mal esse professor gosta de faço assim. Básico professor parece estar aqui amanhã não fez isso nos cobrar muito nessa fase. Eles não têm pressa. A grande maioria não faz isso. Todo mundo tem que aprender. E isso é a coisa mais incompetente que existe porque é nesse momento parece que o paciente tira com a mão no seu nervosismo. Ele te dá uma abertura assim e não tenho como agradecer aos pacientes que fizeram isso por mim. Um ao outro assim. Acho que conta ainda não nego que estavam estressadas de serem atendidos por estudantes perguntando de cadeira de médico. Mas isso eu conto Predator não mas isso não vou conversar com ela. A gente explicava alguns davam. a ideia e outras não. Era assim muito pouco.

[00:33:33] E sempre que tem esse espaço e os professores fazem questão de reforçar que é um local de estudo de aprendizagem que só pode funcionar com a presença dos alunos. Minha muita para expor o paciente está todo mundo querendo aprender e não tem como ser atendida sem a presença de nenhum aluno. Mas existem. alguns espíritas emergentes na sala bem concorde porque essas pessoas é um pouco intimidante nariz e. acha pouco São Caetano. Abraços. Os alunos da mente não delator.

[00:34:16] Essa é uma honra para nós. Ouvei falar que ela é. uma. anta não presta atenção.

[00:34:35] Realmente não tem muito contato com ela para falar. O mais adequado. para. a cada dia da parte e isso também é o que eu posso falar sobre desse lado sexy.

[00:35:06] Assim ao contrário das meninas eu já um pouco mais contato com eles. E é também um pouco do meu jeito de ser um pouco mais invasivo então acabei entrando na sala dele conversando comigo. Tenho uma ótima relação a grande maioria deles escutá la é questão de consulta. Na grande maioria nenhum deles chegou a me atrapalhar quando eu estava com quem eu era um pouco mais experiente.

[00:35:47] Será que o paciente chegou de toda a gente tem muito problema e a gente até solicita que eles batam na porta para avisar o paciente.

[00:35:59] Então nesse sentido eu escrevo era bem tranquilo.

[00:36:07] Se alguém fala de alguém que acha que deve pontuar sobre algo importante que não foi falado dos ambulatórios do preceptor ou de qualquer ponto do caos que.

[00:36:23] Acho que em algumas especialidades no meu ponto de vista o preceptor tem que ser revisto porque a gente observa que alguns não têm vontade de estar de ensinar e na verdade lá vai só tende a evitar. E também nos auxiliando no nosso plantão então ele tem que ter esse esse viés. de aprendizagem se não tiver vontade de ensinar a coisa não vai acontecer. Então há uma experiência que eu tive com esse nome e nada nem nome da prefeitura. Por exemplo no pediatria. Primeiro que assim a gente nunca sabe por que chegar. Então o nosso horário era 1050 ou chegava 3 2 primeiro uma coisa que já limitava não só termina assim. Eu tenho uma responsabilidade que e eu não podia atender pacientes antes de chegar aquela questão de deixar o paciente esperando sentado lá e até três adversários dizendo consegui. Já estive na pediatria. Nesse caso tem poucos meses. Mas pra mim aquilo já limitado. Não sei se hoje com respeito com os alunos de hoje eu tenho horário para chegar poderá comer essa segunda de ensinamento mesmo ele é um pouco livre ao falar o que ele falou.

[00:37:49] Não vou dizer isso até grosseira no meu ponto de vista. Eu estava lá trazendo a Mysteries que estava lá no entando tentando mudar um pouco a criança quando eu casei com uma tela pintada e do atentado ao Center for eu sei lá o quê. Na praia crianças pequenas não paravam coitados ali também está estressado. E aí ela chegou e eu ouvi as meninas. Ela ainda falou sim porque ela está atendendo na platéia de ninguém. Ela está batendo lá tem dedo no corredor falou que estava atendendo o corredor mas que eu nunca falei isso não aconteceu. Em todas as cheguei julgando Jandaia ela já estava irritada Não sei se o tratamento foi totalmente diferente disso que fala com o público com o paciente. A gente tem que saber o que está lá fora explicou o namorado o taxista que se deixa lá fora entra porque isso acontece vai acontecer no seu dia a dia. Eu não posso transferir para ninguém %100 do valor dos dois não tem o medo de contrair de e inócuas porque é demais que tenham implementado.

[00:39:10] Aquela cadeirinha. A grande maioria dos professores não erra. A gente acaba assim porque eles têm a vantagem é claro escrevem os nossos nomes. E é assim que atinge professores e quem sabe as mais ainda o veto a ciência de todas engenheiros durante as seis semanas que tinha ambulatório foi alguma das meninas ou não relataram qual exemplares cresciam na obra.

[00:39:41] E ainda na última semana eu pedia uma folha maior que era uma falha no prontuário e desenhava se espalhava por aqui durante o dia. A senhora acha que a senhora tem baixa eficácia na folha porque as outras eu já perdi em todo mundo. Assim nasceu a jogada no meu carro. Acho a falta de respeito absurda com a gente porque é que era ainda nela a gente tá aí e está aí pra botar a cara a tapa. Essa gente como ser humano médico sei que assim as notas fazem parte da nossa formação Irati. Mas esse cenário você pagar e nivelar todo mundo numa nota lá aqui tira da sua cabeça isso que no final das contas metade não nasce no boletim e pasme influencia

em outras coisas também tem que ser muito bem assim. Essa esse compreende notas e faltas do ambulatório.

[00:40:46] Concordo. Nossa sanfona mas o mais engraçado sinal de que a apresentadora demorou para a carreira chegar como de fato Bueno ficar com o Marcelo.

[00:41:10] E aí chegou ela assinou a lista de presença ela tinha chegado ao 9.

[00:41:23] Pelo artigo 8 horas da manhã.

[00:41:26] Como assim. Pois se fosse muito fácil chegar atrasado porque o Brasil chegou atrasado conjugado com uma entrevista com a diretora Simone Biles.

[00:41:48] Paguei mais que palavras.

[00:41:52] Eu acho que ter dado conta pra ver o filho de um cara desse tamanho com bom. Então eu acho que todo mundo.

[00:42:04] Nessa conversa mais bastante que um rodízio dos ambulatórios antes dele serem repetidos e algumas etapas terem algumas e outras não querem então a gente ser dispensado. A gente quer fechar vários Ambulatórios para que a gente tem no ambulatório se não me engano na segunda ou terceira vez que cardio eu já teria.

[00:42:26] Não que seja ruim até porque ele já falou que é bom ter uma segunda chance a gente fazer não tem alguns que são muito importantes na internet. A já tradicional tapa a gente sempre teve furo também. Então em outras etapas de organização eu entendo que a faculdade está se adaptando, mas querendo ou não eu acho que prejudica um pouco porque chegar no internato aí a gente vai passar por isso vai depender de quem vai cobrir essa defasagem. Eu acho que vamos ter que repensar e ter o cuidado de as etapas passarem por todos os ambulatórios. São.

[00:43:13] Paulo finalizar a gravação de alguém com alguma coisa para não parar não vou parar aqui e gravar em.

APÊNDICE V - TRANSCRIÇÃO GRUPO FOCAL (DOCENTES)

- (a) Como você percebe a inserção dos alunos do 5º ao 8º semestre do curso de medicina da USCS nas atividades ambulatoriais do CAU-USCS
- (b) Como você se sente atuando como docente do CAU-USCS?
- (c) Como você percebe os outros atores que estão presentes no CAU-USCS?
- (d) Qual a sua percepção sobre a assistência e o ensino integrados no CAU-USCS?

Qual é a percepção de vocês na do envolvimento que vocês têm da inserção que vocês estão no ambiente dos ambulatórios se vocês estão achando...Como vocês estão vendo a situação de vocês dentro do Cau- uscs. O que é sua opinião que você acha que tá bom que tá ruim onde você vê como qualidade e defeito?

--- Ela vai depender de alguns fatores por exemplo, depende da especialidade pelo menos para mim tá, por que eu tenho às vezes mais interesse por uma especialidade do que outra, vai depender do profissional que está lá, dependendo do profissional, vai aumentar ou diminuir meu interesse e meu nível de participação. Vai depender se tem paciente agendado ou não, os casos que você pega também porque às vezes tem casos clínicos que você fala assim, poxa que interessante esse caso, tem algumas especialidades que elas acabam repetindo muito aquilo e se não for uma especialidade que você tem muito interesse aquilo começa a ficar mais monótono, mais maçante para mim algumas ocasiões né pessoalmente, então vai depender de vários fatores. Mas enfim o que eu costumo abstrair, eu acho o pessoal da minha sala sabe disso né, eu costumo sempre pegar o lado positivo de todas as especialidades e de todos os profissionais que estejam lá, independente de quem estiver. Eu acredito muito que quem faz o dia é a gente, quem faz o momento é a gente, então mesmo que de repente eu não goste muito daquela especialidade, que não tenha muito interesse na minha área de atuação futura, ou que de repente aquele profissional não me agrade tanto em termos de conduta, eu procuro abstrair aquilo que eu vou absorver e levar pra minha vida, então de repente eu vejo uma anamnese, puxa que legal, a minha colega usou tal pergunta, eu não ia pensar em fazer essa pergunta, puxa olha que interessante esse caso clínico, eu sempre pensei em algumas hipóteses né, eu ia acabar pensando nessa hipótese diagnóstica, ah ela usou essa medicação pra tratar esse caso, eu normalmente usaria outra, então eu tiro alguma dúvida em relação ao quadro clínico, sempre tentar ver o que de positivo eu posso tirar, na anamnese, no exame físico, no tratamento específico, o quê que vai ser dado, e se eu tiver tempo né, porque eu trabalho, as vezes meu tempo é meio reduzido, então eu costumo fazer também um debriefing, olha que chic, nossa gente essa palavra é linda né, debriefing, rsrs na minha casa depois eu vou refletindo um

pouquinho pq eu sempre no final do dia eu acabo refletindo o que eu fiz, sempre atendendo um paciente no ambulatório eu reflito, poderia ter melhorado nisso, poderia ter sido diferente aquilo, o que eu poderia ter melhorado que de repente eu não fiz naquele momento. Então eu sempre faço uma reflexão de melhoria disso.

___ Eu concordo com a Sá, no quesito de que depende muito do profissional que está com a gente, eu já peguei preceptores que parece que não tinham muito interesse em trazer a gente pra especialidade, assim, não despertava muito interesse na gente. Já tive preceptores que muito pelo contrário, foram extremamente dinâmicos, didáticos, a própria desenvolveu uma forma da gente organizar melhor os pacientes no ambulatório, na semana atendia duas, outra semana outras faziam o exame físico, e eu acho que isso é bastante importante e contribui muito. Outro fator também que a Sá falou e que eu acho que vale muito a pena pontuar, é a questão do paciente porque, principalmente o ambulatório de pediatria por exemplo, foi um que a gente saiu bastante prejudicado, porque não tinha pacientes e eu acho que o próprio intuito do ambulatório é ter os pacientes pra gente treinar, então se não tem fica um pouco complicado se a gente não tem um contato com a especialidade.

___ Eu queria falar, eu acho que assim, eu arrisco dizer que o ambulatório é a parte mais importante da faculdade, pra mim, entre o ciclo básico e o ciclo clínico, quando eu comecei a realmente ver que era medicina mesmo o caminho que eu queria, porque até então no ciclo básico a gente não tem muito contato, a gente entra no ambulatório e eu sinto que foi o momento que eu mais aprendi durante a faculdade inteira. Uma coisa é a gente ver as coisas na tutoria, discutir, óbvio que a gente aprende. Mas você ver uma coisa na tutoria e chegar no ambulatório ver um caso que é semelhante e que se aplica com o que você viu na tutoria, discutir depois com o professor e com o preceptor, foi um momento que eu comecei a sentir mesmo que eu tava aprendendo na faculdade certinho e foi batendo muito, a gente aprende várias coisas, não só na tutoria, a gente aprende também a questão de fármaco, querendo ou não, por não ter uma grade muito boa nisso, é o momento que a gente tem para aprender e vários outros assuntos que os preceptores propõem pra gente, a gente vai e estuda em casa, abre também um leque maior e ajuda a gente a se guiar então pra mim é a melhor parte da faculdade até agora com certeza.

___ É, eu concordo com todo mundo que falou até agora, eu acho muito bom, o ambulatório também é uma das minhas partes preferidas, concordo com a Kaiene quando eu acho que o nosso interesse pela área influencia muito, no nosso aprendizado, porque você, não sei, você se sente mais focado, mais entretido então você vai curtir mais sua atividade, procura saber mais sobre o assunto, mas eu acho que o contato com o paciente é o mais importante pra gente porque a gente começa a ter isso mais cedo que nas escolas tradicionais né, então é uma parte que eu gosto muito, principalmente né o contato com o paciente, a gente poder treinar isso, fazendo anamnese, com vários pacientes e várias especialidades, também acho que quando não tem paciente isso prejudica bastante a gente porque, a gente não consegue ter uma anamnese, porque a gente não tem base e muitas especialidades a anamnese é mais direcionada né, então quando a gente não tem paciente a gente não consegue treinar essa anamnese. E a gente sabe que a teoria não é muito parecida com a

prática. Então por exemplo agora que a gente tá seguindo a psiquiatria, a gente treinou a anamnese, semana passada na teoria, só que como a gente pergunta pro paciente questões delicadas, essas coisas, então é uma coisa que...depressão, são temas que são mais delicados, então acho que treinar é uma parte muito importante. E...é...acho que depende muito do professor, se ele gosta de ensinar, se é mais paciente, (período inaudível), se ele deixa a gente fazer tudo e depois ele fala, acho que esses fatores influenciam muito, mas é a parte que eu tenho mais gostado. Ah e mais uma coisa também, a gente passou duas vezes no ambulatório de pneumo, na primeira vez, eu não gostei nada, acho que assim, por não ter aprendido nada, da segunda vez que eu passei no ambulatório de pneumo, eu achei totalmente ao contrário, eu comecei a aprender coisa que eu falava gente eu precisava antes, coisas que eu deveria saber, como eu tinha visto antes, acho que da segunda vez fica mais fácil, gravou melhor no momento, então acho que eu tive um aproveitamento maior, duas vezes eu consigo aproveitar muito mais o ambulatório do que na primeira vez. Não sei se isso foi coincidência, ou se aconteceu com mais alguém. É isso.

___ Eu concordo de novo com todo mundo, eu acho que o ambulatório, assim com a Ana falou, é uma das matérias mais importantes, porque é um lugar que a gente realmente vê o que a gente aprendeu, a gente sedimenta tudo na prova. Então em vez da gente pegar o paciente no livro, bonitinho, que tá todo desenhando, de repente você ficar de frente com uma pessoa, você ter que escolher as suas palavras, você ter que ser articulado e você ter que conseguir extrair do paciente as informações, até porque por exemplo, no primeiro ano a gente treinava muito a anamnese com os alunos mesmo, entre nós, e é muito fácil você perguntar para uma pessoa que já sabe o que tem que responder, então seu colega já meio que dava aquela ajudada, e aí no ambulatório você pergunta pra pessoa, e a pessoa enrola, enrola, enrola, e não fala o que você perguntou. E aí você tem que conciliar isso com escrever, conciliar com as coisas que você tá pensando, com a pressão de ter os seus colegas, ter o paciente mesmo te olhando e esperando uma postura sua, mas ao mesmo tempo, quando você acaba o dia do ambulatório, dá uma alívio, assim você fala, nossa, passou, eu consegui lidar com essa situação, é como a Sá falou do debriefing, você começa a pensar, olha, aquele dia eu tava vendo no livro e agora eu vi na pessoa, num dia eu não saberia o que fazer, no dia seguinte eu já consigo ajudar. Então assim, é muito palpável essa diferença, concordo com a questão do profissional, as vezes eu acredito que o interesse é tão importante quanto o profissional, porque muitas vezes eu não tinha interesse na especialidade, e o profissional me fez pensar com mais carinho nela. Então, GO, era uma matéria que eu lia nos livros, não me identifiquei muito, mas chegou com o dr Fabiano, com a Dra... não lembro o nome dela agora... Karine, isso. Eles deixaram a GO com uma cara completamente diferente pra mim. Dermato também com a Renata, hemato com a Doutora e, então assim, são vários profissionais que te apresentam com tanto carinho a sua especialidade, fazem tanta questão de te colocar no mundo deles, que você fica, nossa, acho que esse é legal. E uma coisa que também pesa de vez em quando, é claro que faz parte, a vida não é perfeita, mas também é a infraestrutura do local, porque alguns ambulatórios as vezes estavam muito, muito quentes, não tinha ventilador e não tinha nada, a gente de jaleco, o

paciente suando, a gente suando, o professor suando, então assim, isso desestabiliza um pouco na hora de fazer uma boa consulta. Nem ela cresce porque estes nunca atendem mais da vida de onde foi necessário e a organização também dos professores. Muitas vezes tem professores que são extremamente organizados. Eles programam discussões para não perder tentou sempre otimizar e tem professores que não tem tempo cuidar também um pouco mais. Só tenho a elogiar um relatório porque o a pessoa aqui na unidade básica. Não tinha e ainda não tinha atendido ainda. Quando eu cheguei não sabia nem por onde começar a fazer monitores e assistimos meus colegas que estando eu fui conseguindo. E hoje eu me sinto muito segura e faço a anamnese problema físico. Aí existe como se fosse uma conversa normal já virou natural e é uma das coisas que eu mais me orgulho de ter conquistado nos ambulatórios.

Depois disso todo mundo falou que eu mais gostei bastante, mas eu acho que cada aluno tem uma experiência diferente hoje que nos ambulatórios eles conseguem igualar esse expediente para todo mundo.

É óbvio que a parte que faz a gente que perde pode dizer que ela só iria lá só dependendo.

Relatórios. A experiência é melhor ainda para um relatório. Todos são bem empenhados nos ambulatórios então foi experiência prática para todo mundo. Foi gratificante e acabou ajudando o outro. Então acho que fiz também um grande crescimento profissional. Caberá aos mineiros falar de seus pacientes. Dou do médico porque ele passou Kakashi porque era de capacete menina lá e lá estava toda uma história toda um negócio grande entre outros que a discutindo outras coisas que nem eram tão interessantes para nós e que não agregava vai montar uma balança por todo mundo.

Acho que é muito bom ambulatório e acho que teria que crescer mais daí eu acho que trago sempre mais com mais salas dividiu o grupo em dois três ou quatro mais pra frente daqui pra frente não é só pra gente fala não é pra gente botou pra serviço mas então tem que ter mais mais profissionais. Se for assim o Brasil tem dois ou três jogos são pra gente passa mesmo como num passe com o mesmo profissional mais experiente com temática melhor. Que estão chocados e mais duas colocações.

---- Rapidinho, cinco pontos a melhorar. E é acredito que vem estudantes de estudante possa melhorar e respeita a marcação dos pacientes. A gente observa que dois gols marcados no período da manhã representantes também segundo a mesma fonte. Na manhã dois são marcantes na rotina nome fantasia %69 dois acessos gênero que já marca dois então misturando os dois chegamos a explorar. Querendo ou não principalmente ele está que não tem muito costume de fazer anamnese e estatal demorando no mínimo uns 40 minutos e 40 minutos só atendendo só sol seu grupo enfim depois da linha médica depois de passar o caso da consulta à terapia é quando você vai pegar um segundo paciente porque tem sim três setores começaram neste dizer que todo mundo atendeu em minha vida atendendo clientes da segundo setor que fica com o segundo paciente você não tem uma segunda frase que vai chegar esteve muito à frente países até porque já está habilitado Giovanna falou Você sabe quem ainda extrai do paciente uma história ou tentando fazer da melhor maneira

possível os testes físico o paciente que levam horas. Imagine uma pessoa que já está irritada então que trata essa ali eu já percebi não comigo que eu tenho mais acreditando sim mas assim como colegas que eu fiquei com dó que eu penso assim pensando nela que eu estava tentando passar na barreira da timidez para criar uma barriga que ela tinha que fazer aquilo uma coisa que você não está acostumado a fazer isso ou aquilo que você está acostumado a fazer que gera insegurança. Você está na frente de outros colegas vai te dizer amanhã. Ainda que a pessoa começava a e o paciente assim leva pra casa da pessoa uma cara cozinhando aqui vai logo termina isso. Então começa na escola e 20 horas já acabou. Parece que isso vai ser uma pressão desnecessária em cima daquilo. Então primeiro não sei que as consultas normalmente parecem uma marcadas de 15 em 15 minutos nessa linha está numa fase de aprendizado. Você não vai conseguir fazer como profissionais para 6 e 15 minutos você não consegue. Então ser marcado com um tempo maior porque isso geraria um menor estresse.

---- Lembre se que eu acho muito importante mesmo legal algumas das meninas falaram essa parte da prática é muito diferente. Você tem realmente no papel e sei fazer lá a consulta presencial pessoalmente com pacientes. Eu tinha muita dificuldade para quem você lê la. O que você tem que perguntar para mim Neves na identificação com o mais básico. Sempre acaba esquecendo um ano sempre a não ser que você tenha muita facilidade para conversar com as pessoas se uma pessoa mais solta eu sempre mais tímida. Sempre tive muito mais dificuldade de organizar uma linha de raciocínio na minha cabeça. Hoje eu vejo que melhorei bastante e ela sabe disso. Eu já tenho muito mais marcado de cabeça erguida que eu preciso perguntar e isso tem ajudado muito até porque quando a gente chegar num internato isso já tem que estar praticamente enraizado na minha cabeça e isso ajuda muito disse.

Acho extremamente importante. É só carinho e senti uma autonomia quando sei lá é como se você estivesse realmente vivenciando. Hoje em dia é meio difícil como profissional já ela depende um pouco. Poucos profissionais fizeram isso, mas eu já tinha já teve receptores.

Interferiu muito na consulta sabe interferiram demais a ponto de chegar sentado e fazer todas as perguntas.

Você só vai anotando quem está falando. Então eu acho que isso atrapalha porque não é o intuito do ambulatório justamente pra gente fazer inclusive gosto quando um professor sai da sala. Acho que a gente fica muito mais à vontade e hoje menos eu fico.

Ai se eu te falar que eu só ia falar disso eu concordo muito com minha vitória disse. Absolutamente tudo. Eu me sinto mais confortável sem um professor na sala, mas se ele estivesse também ali observando bem o que realmente incomoda são professores que vão ficar fazendo a Minas inteira para você. Até porque a gente acaba não aprendem não teve especialidades que ele passou e ele sim eu não gostei de fazer análise da especialidade porque eu fui basicamente uma relatora. O professor falou que eu ia notando que tem outras especialidades por exemplo psiquiatria que exigem um cuidado maior. E aí o que a Flávia faz por exemplo. Ela na primeira semana

ela atende. E aí depois a gente começa a atender. Então isso mexe no seu trabalho. Se eles querem mostrar muito trabalho agora eles não abrirem espaço. Eu acho meio complicado. Eu até entendo. Tem especialidades que precisam disso, mas eu acho que você tem um pouco do propósito de toda a questão. E quanto à postura singular eu sinto eu não consigo ficar aqui.

--- Eu já estou atuando como médica. Sim porque é que a gente tem muito a aprender. Mas é uma oportunidade muito que eu tinha as minhas estavam falando e faz notar a diferença na nossa formação. Até porque quando a gente chega no internato a gente chegou, mas eu acho que a gente vai chegar mais confiante.

Eu me sinto muito mais confiante as faculdades que antes só tem que fazer consulta que vai fazer. Todo mundo tinha um pouco de receio. E aí agora todo mundo aqui. A gente já se sente mais confortável pra fazer. Então eu sinto que essa autonomia que eles têm. A gente vai conquistando um espaço e conquistando a confiança que eu julgo ser bastante necessária.

Uma folga desse reparei que elas também repararam no terceiro ano que a gente vai atender.

Eu ainda não tinha estudado o que era diabético boa visão jogando um pedacinho meio pra gente. Eu senti que logo no set. ok porque a gente estudou no Green ou melhor uma ideia mente me dava isolado.

Atender bem toda aquela gente. No começo eu estava muito insegura, por exemplo alguém falava alguma coisa, então eu não estava lá no papel, mas eu não podia ficar indiferente.

Concordo muito com a adição do médico ficar professor e ficar na sala interferindo porque é eficaz na saúde e atrapalha é a todo momento. Nesse sentido não vai fazer então essa vigilância fica também sentir a acrescentar nas telas de cinema milhares é grave. A vitória demora um tempo na cabeça de todo mundo. Você cria o seu estilo de fazer uma consulta porque até agora a gente tem no próprio site assim de fazer e até onde você está. Você já está pensando na praça. Pergunta o professor daqui para a frente. Então quem escreve direito já se embaralha. Caco nervoso nunca foi paga já deve ter reparado. e você que já acabou pouco. mais e que se recupera. da. crise será perfeito para que a gente não fazia a menor ideia de como a consulta porque alguém tinha muito fora da escola que a gente teve até agora. Então ela até tinha interesse nessa primeira semana. Ela. era. a maior com ética e ajuda bastante na hora da gente conduzir e depois da primeira semana que ela atendeu. Claro que não quero que ela acredite neste todos que passaram com ela porque eles têm feito sexo e. não. interferia. Tinga deixava Jonas e quando a gente terminava a gente até a sala de aula estava discutia o caso e depois a gente voltava para conversar com pacientes assim. Era muito tranquilo, mas me sentia muito à vontade. E nesse momento assim eu me senti um pouquinho mais médica talvez um médico um pouquinho mais interna.

--- E eu acredito que hoje se a gente pudesse como sugestão adotar também se fosse um André Letra aqui todos os presentes seguissem essa mesma linha de raciocínio se despede.

Pelo menos um motivo pra escolher escolheria isso porque ainda carece de diferentes etapas. Tem gente que pediu uma coisa muito especial otorrino não sabem melhor assim. Eu tenho claro na lei e habilidades uma hora né. Que pai executivo ganha, mas você não tem a habilidade do lugar. Não sei o que pretende aqui eu não entendi nada nada nada, ou seja, tudo o que a gente tem que chega ao que aqui não se aplica é determinante. Ninguém fala assim não. Eu vou fazer a primeira consulta antes do grupo e todo mundo né. Eu vou fazer a primeira consulta e dentro daquela consulta explicável. Mas como é uma. Dentro daquele especialidades como o Flávio não possui especialidades, mas todos fazem isso. E depois então deixam o grupo fluir. Eu acho que se seguisse este modelo os dois modelos mais pressionadas pelo exterior pela experiência também.

E como que você tem alguma pessoa com coragem como você tem no ambulatório 12 preceptor para um pouquinho mais de meninas. Não sei se agora tenho alguma informação como sendo bem colaborativo como eu tenho, pelo contrário.

Uma vez eu chego até essa pessoa pegar uma ficha numa lixeira. A única coisa que você precisa fazer você tem um tempo para atender, isto é, culpa da Fulano de Tal. Ela deve antes mesmo de você. Então para meu contato eu não a vejo. Nunca repito atendeu o paciente. Não sei como seria uma porta para mim. Pelo escrito de enfermeira de auxiliar. Ele não é assim.

No meu caso sempre as discussões de triagem para todos os lados. Depois se vai consultar sempre pré-consulta que depois não tem contato com enfermagem.

Ele também tem pouco contato com o pessoal que fazia a triagem. Acho que a gente nem tem lá no ambulatório esse contato com as profissionais. A recepção eu acho que o que atrapalha um pouco da atitude dele. Muitas vezes a gente está dentro da sala com um paciente. Já aconteceu de ele bater a porta para avisar que chegou outro paciente. Eu acho que isso atrapalha bastante principalmente na psiquiatria. Tive que sentar com um paciente que naturalmente é mais sensível está mais sensibilizado. Já é difícil de falar com pessoas vendiam o que a gente tinha da esquerda na sala. Estar num momento lá super disposto e aí chega a mudança para entregar o papel chegou aos pacientes então eu acho que podia ser igual na. Nasa.

Se tem um suporte na porta pra deixar um prontuário. é aí que a gente acaba. A gente estava um caos.

É um cargo muito complexo, não só. da área de psiquiatria. Algumas vezes no ambulatório de geo fica completamente exposto quando a gente tá fazendo exercício físico deve bater na porta e eles insistem e abrem a porta. Sabe se que tenho problemas, mas mesmo assim para pacientes ficar exposta fica até que o nervosismo vai aparecer se aparecer alguém, é assim. Os poucos contatos que esse pessoal da recepção. Eles foram muito solícitos é muito educado assim não tive nenhum problema com educação, mas às vezes senti um pouquinho de despreparo. E assim como eles deve parecer até um ambulatório da faculdade selecionei para clientes planeja abrir a porta vozes aqui. é assim que se constrói para tentar acertar aqui. Apesar que a recepção não entendeu. Em relação aos pacientes Matias que também estava envolvido na pergunta foi um extremista, mas acho que a maior parte eles são

muito colaborativos. São pessoas extremamente adeptas da maior força que eu consigo encontrar no TED. Quando os pacientes virarem falar mal esse professor gosta de fazer assim. Básico professor parece estar aqui amanhã não fez isso, nos cobrar muito nessa fase. Eles não têm pressa. A grande maioria não faz isso. Todo mundo tem que aprender. E isso é a coisa mais incompetente que existe porque é nesse momento parece que o paciente tira com a mão no seu nervosismo. Ele te dá uma abertura assim e não tenho como agradecer aos pacientes que fizeram isso por mim. Um ao outro assim. Acho que conta ainda não nego que estavam estressadas de serem atendidas por estudantes perguntando de cadeira de médico. Mas isso eu conto ao preceptor, mas isso não vou conversar com ela. A gente explicava, alguns davam a ideia e outras não. Era assim muito pouco.

E sempre que tem esse espaço e os professores fazem questão de reforçar que é um local de estudo de aprendizagem que só pode funcionar com a presença dos alunos. Minha muita para expor o paciente está todo mundo querendo aprender e não tem como ser atendida sem a presença de nenhum aluno. Mas existem alguns espíritos emergentes na sala bem concorde porque essas pessoas é um pouco intimidante nariz e acha pouco São Caetano. Abraços. Os alunos da mente não delator.

Essa é uma honra para nós. Ouvi falar que ela é. uma. anta não presta atenção.

Realmente não tem muito contato com ela para falar. O mais adequado para a cada dia da parte e isso também é o que eu posso falar sobre desse lado sexy.

Assim ao contrário das meninas eu já tenho um pouco mais contato com eles. E é também um pouco do meu jeito de ser um pouco mais invasivo então acabei entrando na sala dele conversando comigo. Tenho uma ótima relação a grande maioria deles escuta, lá é questão de consulta. Na grande maioria nenhum deles chegou a me atrapalhar quando eu estava com quem eu era um pouco mais experiente.

Será que o paciente chegou de toda a gente tem muito problema e a gente até solicita que eles batam na porta para avisar o paciente.

Então nesse sentido eu escrevo era bem tranquilo. Se alguém fala de alguém que acha que deve pontuar sobre algo importante que não foi falado dos ambulatórios do preceptor ou de qualquer ponto do caos que.

Acho que em algumas especialidades no meu ponto de vista o preceptor tem que ser revisto porque a gente observa que alguns não têm vontade de estar de ensinar e na verdade lá vai só tende a evitar. E também nos auxiliando no nosso plantão então ele tem que ter esse viés. de aprendizagem se não tiver vontade de ensinar a coisa não vai acontecer. Então há uma experiência que eu tive com esse nome e nada nem nome da prefeitura. Por exemplo na pediatria. Primeiro que assim a gente nunca sabe por que chegar. Então o nosso horário era 1050 ou chegava 3 2 primeiro uma coisa que já limitava não só termina assim. Eu tenho uma responsabilidade que e eu não podia atender pacientes antes de chegar aquela questão de deixar o paciente esperando sentado lá e até três adversários dizendo consegui. Já estive na pediatria. Nesse caso tem poucos meses. Mas pra mim aquilo já limitado. Não sei se hoje com respeito com os alunos de hoje eu tenho horário para

chegar poderá comer essa segunda de ensinamento mesmo ele é um pouco livre ao falar o que ele falou.

Não vou dizer isso até grosseira no meu ponto de vista. Eu estava lá trazendo a (--) que estava lá, no entanto tentando mudar um pouco a criança quando eu casei com uma tela pintada e do atentado ao Center for eu sei lá o quê. Na praia crianças pequenas não paravam coitados ali também está estressado. E aí ela chegou e eu ouvi as meninas. Ela ainda falou sim porque ela está atendendo na plateia de ninguém. Ela está batendo lá tem dedo no corredor falou que estava atendendo o corredor, mas que eu nunca falei isso não aconteceu. Em todas as cheguei julgando Jandaia ela já estava irritada não sei se o tratamento foi totalmente diferente disso que fala com o público com o paciente. A gente tem que saber o que está lá fora explicou o namorado o taxista que se deixa lá fora entra porque isso acontece vai acontecer no seu dia a dia. Eu não posso transferir para ninguém %100 do valor dos dois não tem o medo de contrair de e inócuas porque é demais que tenham implementado.

Aquela cadeirinha. A grande maioria dos professores não erra. A gente acaba assim porque eles têm a vantagem é claro escrevem os nossos nomes. E é assim que atinge professores e quem sabe as mais ainda o veto a ciência de todas engenheiros durante as seis semanas que tinha ambulatório foi alguma das meninas ou não relataram qual exemplares cresciam na obra.

E ainda na última semana eu pedia uma folha maior que era uma falha no prontuário e desenhava se espalhava por aqui durante o dia. A senhora acha que a senhora tem baixa eficácia na folha porque as outras eu já perdi em todo mundo. Assim nasceu a jogada no meu carro. Acho a falta de respeito absurda com a gente porque é que era ainda nela a gente tá aí e está aí pra botar a cara a tapa. Essa gente como ser humano médico sei que assim as notas fazem parte da nossa formação Irati. Mas esse cenário você pagar e nivelar todo mundo numa nota lá aqui tira da sua cabeça isso que no final das contas metade não nasce no boletim e pasme influencia em outras coisas também tem que ser muito bem assim. Essa esse compreende notas e faltas do ambulatório.

Concordo. Nossa sanfona, mas o mais engraçado sinal de que a apresentadora demorou para a carreira chegar como de fato Bueno ficar com o Marcelo.

E aí chegou ela assinou a lista de presença ela tinha chegado ao 9.

Pelo artigo 8 horas da manhã.

Como assim. Pois se fosse muito fácil chegar atrasado porque o Brasil chegou atrasado conjugado com uma entrevista com a diretora Simone Biles.

Paguei mais que palavras.

Eu acho que ter dado conta pra ver o filho de um cara desse tamanho com bom. Então eu acho que todo mundo.

Nessa conversa mais bastante que um rodízio dos ambulatórios antes dele serem repetidos e algumas etapas terem algumas e outras não querem então a gente ser dispensado. A gente quer fechar vários Ambulatórios para que a gente tem no ambulatório se não me engano na segunda ou terceira vez que cardio eu já teria.

Não que seja ruim até porque ele já falou que é bom ter uma segunda chance a gente fazer não tem alguns que são muito importantes na internet. A já tradicional

tapa a gente sempre teve furo também. Então em outras etapas de organização eu entendo que a faculdade está se adaptando, mas querendo ou não eu acho que prejudica um pouco porque chegar no internato aí a gente vai passar por isso vai depender de quem vai cobrir essa defasagem. Eu acho que vamos ter que repensar e ter o cuidado de as etapas passarem por todos os ambulatórios. São.

Para finalizar a gravação alguém tem mais alguma coisa para falar, senão eu vou parar a gravação.

APÊNDICE VI - TRANSCRIÇÃO GRUPO FOCAL (PACIENTES)

Explicação do TCLE

001– masculino. CA de laringe desde 2014. 57 anos, masculino, não trabalha, está afastado. Fez quimio.

002- feminino, 58 anos, trabalha em um LAR, anemia muito forte, anemia ferropriva.

003– masculino, 35 anos, não trabalha, faz faculdade de economia, tumor no testículo, fez cirurgia.

004 – feminino, 36 anos, Linfoma de rodguin. Fez quimio e radio. Faz acompanhamento há 3 anos e tem mais 2 anos de monitoramento.

005 - masculino, 56 anos, pneumonia, anemia e muita tosse, depois descobriu a tuberculose.

PERGUNTA 02 - Como o paciente percebe a inserção do estudante do 5 ao 8 semestre do curso de medicina nas atividades do ambulatório.

– quem é o estudante, quem é o médico eu até aprovo o jeito que eles fazem a primeira abordagem, ele mede minha pressão. A primeira consulta ali. A pré consulta sempre foi muito produtiva. Entendeu? Depois disso feito eles me levam para doutora, ai lá, ali tem o restante da consulta completa né. Para eu poder ter o resultado de todos os exames

– A mim também não incomoda, é bem perceptível. Tem o médico que está coordenando a consulta e eu acho muito, extremamente importante porque nada melhor que a prática para aprender algo. Eu acho muito importante a participação do aluno para a formação dos futuros médicos.

– Então eu consigo perceber quem são os alunos. É perceptível. Sou bem atendido, se faz necessário essa interação com os alunos e paciente sim. Bem bacana a forma com que as consultas são realizadas

– Eles dão muito atenção, tudo que é benéfico para gente, eles procedem tudo como o médico faria, isso na minha opinião.

- Eu acho muito legal, é o que ele falou, a gente é bem atendido até por ser mais de uma pessoa atendendo. E às vezes, a pergunta deles acabam sendo as nossas dúvidas/ nossas perguntas. Fica mais fácil a gente tirar a dúvida. Porque as vezes a gente esquece de perguntar alguma coisa, e eles acabam perguntando. E ai a gente lembra, ah eu ia perguntar isso. Então eles acabam tirando nossas dúvidas, que são nossas também, entendeu?

Então na prática, na rotina dos estudantes, eles tirando dúvida com o supervisor que é o professor, o médico que está ali, essas dúvidas acabam auxiliando inclusive os pacientes no processo de entendimento da doença que o paciente tem

– sim

– isso

PERGUNTA 002 E a abordagem do estudante, como é o tratamento com os pacientes? Os alunos seguem na consulta, ou se encerra ali nessa pré consulta?

– eles acompanham, são bem participativos. Eles examinam por completo, na frente da própria doutora. Eu acho muito importante o jeito que eles abordam. É muito produtivo, pelo menos pra mim

- Eles fazem a pré consulta e acompanha na frente da Dra ..., e fazem os exames físicos também. Na presença dela, na ausência e depois na presença. É que as vezes ela atende dois pacientes, então Eles atendem o paciente e passam pra ela os exames. Ela refaz os exames novamente, algo que ela acha que não está de acordo. Orienta como deve ser feito. Eu acho bem interessante. Gosto das consultas.

– Eu consigo observar na pré consulta um pouco de dificuldade de alguns alunos, provavelmente os novos. Às vezes na hora dali de medir pressão, o com oxímetro. Tem alguns alunos com pouquinho dificuldade. Em algumas das consultas cheguei até auxiliar um dos rapazes com o oxímetro. É... quando a consulta passa para Dra ...também percebi um pouco , acho que de vergonha de alguns alunos porque precisa do toque com os pacientes. Pode ser que eles ficam um pouco receosos. Uma observação minha sou um paciente que eu me dou bem para este tipo, eu acho necessário a inserção dos alunos com os pacientes. Então eu sou uma pessoa que não ligo de ser tocado, essas coisas, mas eu percebo alguma restrição de vergonha de alguns alunos. A Dra ...e acaba conduzindo eles, mas percebo esse breque deles. Por parte dos alunos.

- Ah, geralmente eles fazem a triagem com a gente sozinhos, mas eu pelo menos acho legal, eles fazem tudo certinho, eles tratam a gente bem né. Eu gosto do atendimento.

- Eu sinto a mesma coisa, acho a mesma coisa, toda vez que eu fui atendido por eles fui muito bem, é... atendido né. Com respeito, serenidade, tudo mesma coisa que ela falou. Muita educação.

Então vocês se sentem cuidados pelos estudantes...

- sim
- com certeza

Certo, apesar das dificuldades, receios, vergonha. Vocês se sentem cuidados

– Sim, eles tem bastante cuidado, eles tem bastante cuidado comigo. Sempre foram bem cuidadosos sim. Eu até chegar na Dra eles explicam tudo o que foi feito, analisado, encontrado. Tudo isso ai eles fazem bem sim

- sim, eles são bem cuidadosos, bem gentis, e observando o comentário do ..., eu participei de duas consultas um somente com alunas, e a última só com alunos. E não sei se o fato do gênero oposto né feminino e masculino, senti que com as meninas elas ficaram amis a vontades de me consultar, me tocar E quando foi só com os meninos eu percebi um pouquinho de timidez por parte deles. Eu acho que pelo fato do sexo oposto ai. RISOS

É UMA OBSERVAÇÃO CULTURAL MUITO IMPORTANTE ATÉ A QUESTÃO DE GÊNERO, DO TOQUE DO OUTRO, COMO PODE SER INTERPRETADO, FAZ PARTE DA FORMAÇÃO APRENDER A LIDAR COM O SEXO OPOSTO DE UMA FORMA RESPEITOSA E DE CUIDADOS. ESSE PROCESSO É BEM INTERESSANTE PARA SE PONTUAR PARA TRABALHAR NA FORMAÇÃO

– Eu acho que eles são bem atenciosos, são bem. Ali na consulta eu me sinto bem cuidado, bem acolhido pelo paciente

Acolhimento... empatia... recomendações...

003

Há algo que pode ser melhorado no processo?

- Acredito que não, porque é tudo bem. Eu acredito assim, que pelo meu ver, de todas as consultas que eu passei é bem organizado. Uma parte faz a triagem, outra parte já está lá na sala, e quando a gente chega eles já estão a par do caso da gente né.... A Dra fala, e eles vão perguntando e realmente é sempre as mesmas perguntas da consulta anterior. Eles se atentam para os detalhes da última consulta para perguntar, então ai assim que mudar não vejo a necessidade de mudar nada..

Então vocês percebem que eles estão de fato estudando as informações de prontuário para que eles possam na prática já ter o conhecimento prévio pra abordar vocês pacientes

- isso

- Quando eu chego lá pelo menos eles já estão a par do meu caso, não sei se foi durante a semana, é difícil de acontecer, mas teve vez de eu pegar os mesmos estudantes da mesma consulta, então é bem difícil, mas sempre tem 1, 2 que é da mesma consulta passada. Então pra mim tá tudo bom.

Vocês se sentem tímidos, envergonhados na presença dos estudantes?

- Na primeira consulta sim, eu senti, mas se acostuma né. Agora já tô acostumada, hoje não ligo não.

- é que da primeira vez eu não sabia né, ai eu cheguei lá tinha aquele monte de estudante. Ai eu falei: uai, cadê a doutora? Ai me falaram que primeiro ia ser a triagem, tudo. Ai foi confortável, foi legal.

Equipe que compõe o laboratório.. interação desta equipe toda..

004

A relação dos outros atores do laboratório, é... como vocês percebem a relação dos estudantes com toda equipe: enfermeiro, recepção.

- comigo, comigo sempre houve uma relação de bastante respeito, eu me sinto muito bem à vontade com eles. Não sei se pelo fato que eu faço tratamento lá há um bom tempo. As enfermeiras, recepcionistas todo mundo no hospital lá é mil maravilhas.

... a equipe tem um bom relacionamento, percebo sim a equipe tem um bom relacionamento...

...Pra mim sempre foram super atenciosos, não tenho queixa nenhuma.

- meu contato com eles foi super pequeno, eu passei apenas por três consultas, mas achei uma equipe muito acolhedora e respeito mutuo e tudo, nada de anormal, ocorreu tudo bem. Equipe bem equilibrada.

- No meu conceito é eu só passei por consultas com os estudantes e com a doutora. É e fora deste núcleo fui atendido pela recepção

Eu não tenho nada que pontuar negativamente em relação aos estudantes. É ... vejo que o fraco em relação ao contato com alguns paciente, pelo menos os que eu tive contato percebo que serão bons profissionais

- Oh, deles com a doutora. A doutora ... explica muito bem as coisas né. Pelo meu ponto de ver ela não deixa dúvidas né. Ela sempre pergunta e tem alguma dúvida. Tanto pra mim paciente como para eles. Isso é o que eu presencio lá. Ela pergunta: vocês tem alguma dúvida? As vezes, eles fazem assim alguma coisa que não tá certo, ela vai lá e explica. Porque ela tem uma calma bem grande. Então, ela explica e acaba que não deixa dúvida entre nós, entre eles.

E quanto a recepção, não tenho muito o que falar também

Você percebe que tem uma relação boa entre todos da equipe? Não só com equipe e paciente, mas entre a equipe, a equipe consegue respeitar esse estudante de medicina. E esse estudante consegue respeitar os outros da equipe?

Patrícia- sim, todos que eu passei sim. Tanto que um examina, fala oh, você quer examinar também? Ai eles se sentem meio sem jeito né de falar: posso examinar você de novo. Eles tem um cuidado assim, igual a médica tem com eles, eles tem um com o outro. Pelo menos todas as consultas que eu fiz, eu presenciei isso. Eles perguntam, você quer fazer isso? Quer fazer a aquilo, até na mesmo na triagem.

Um fala, eu to tirando a pressão, o outro já vem com o termômetro. Eu vejo que tem uma harmonia entre eles, tanto que eu vejo na consulta e na triagem.

-Eu percebo da mesma forma, até porque se falta alguma coisa que a gente quer saber, como ela falou. A gente pega e pergunta, mas mesmo assim quando a doutora ... pega e se a gente fica com dúvida né ela esclarece tanto eles, como ela. Até no final mesmo. É...

Ela acaba tirando, acaba tirando nossas dúvidas, se a gente quer perguntar alguma coisa... você quer saber de mais alguma coisa.. muito bom

E sobre a inserção do estudante. Aquilo que a gente vê dele ali na prática. Percepção sobre assistência e ensino integrado

- eu acho que primeiramente eles tem que passar por um processo. E por outro lado se eles não ficarem ali e realmente com o fato ocorrido eles não vão pegar prática entendeu... é... por mim... pelo tempo que eu faço tratamento ai com vocês ai na USCS eu faço desde 2014 pra mim é até estranho e fico até contente quando eu vejo novos alunos fazerem a primeira consulta, fazerem a pré consulta, por que eu imagino que aqueles outros já se formaram. Entendeu? Pra mim é muito válido sim

– Eu acho positivo, como eu disse no início eu acho que é muito importante a participação dos alunos terem o aprendizado na prática; quando se formarem já tem o conhecimento. Eu acho que já adquiriu o conhecimento né. Eu acho muito importante. Eu acho muito válido....

- Eu acho muito importante o ensino integrado é... as pessoas não são acostumadas com esse conceito, terem aluno ali do lado, essas coisas. .. Aquele conceito mais antigo de estar na sala só com o médico... mas eu acho muito importante para formação é... a prática só vai conseguir fazendo né.. então acho muito importante essa forma de ensino que a USCS está fazendo de inserir alunos ali com os professores e estar junto com os pacientes né

Então eu acho muito vantajoso esse tipo de abordagem e inclusive uma melhora pro estudo, porque tendo os alunos ali você pode ter uns skills ideias de diferentes do que pode ser o habitual do que o médico que já tem o seu conhecimento consolidado, mas não está vendo ali o que o aluno está vendo ali, algo novo ali também. É muito importante e interessante este tipo de interação.

As metodologias de aprendizado envolvem a parte prática. Ensino de adultos precisa ser

- eu acho bom que eles vão criando uma experiência né, eles vão criando uma experiência logo cedo, quando se formar se puder exercer a profissão. Eles já tiveram várias experiências com vários pacientes então eu acho que eles vão chegar lá na frente mais preparados né... mais bem preparados, se eles puderem já exercer a função né.

- também acho isso. Quando eles estiverem lá na frente com tudo isso, eles vão ter mais experiência junto com eles. Porque agora na hora de eles errarem a pessoa vai lá corrigir eles né. É algo benéfico, precisa ser incentivado, multiplicado.

- Da forma que está, está satisfatório.