

Estratégias Didáticas Ativas de Ensino-Aprendizagem para Preceptores de Medicina de Família e Comunidade no EURACT

Active Teaching-Learning Strategies for Family Medicine Preceptors in the EURACT

Bárbara Cristina Barreiros^I 

Margarita Silva Diercks^{II} 

Maríndia Biffi^{III} 

Ananyr Porto Fajardo^{II} 

PALAVRAS-CHAVE

- Avaliação de Tecnologias em Saúde.
- Formação Profissional.
- Preceptoría.
- Educação Médica.
- Medicina de Família e Comunidade.
- Saúde Pública.

RESUMO

Introdução: O médico de família e comunidade (MFC) tem como campo de atuação a atenção primária à saúde, sendo preparado para atuar no cuidado das pessoas, famílias e comunidade. Sua formação ideal deve acontecer em Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC), campo de ensino em serviço em que um preceptor, também MFC, acompanha o residente. O preceptor pedagogicamente bem formado consegue atuar no processo de aprendizado do residente para que desenvolva as competências necessárias para seu futuro exercício profissional. As metodologias ativas de aprendizagem (MAP) ancoram-se na pedagogia crítica e trabalham com problemas para o desenvolvimento dos processos de ensino-aprendizagem. Partem da prática e, a partir dela, buscam a teoria; com isso, preparam o residente para tomar consciência de seu mundo e atuar na transformação dele. As MAP são concretizadas nos processos pedagógicos pelas estratégias didáticas ativas de ensino-aprendizagem, recursos pedagógicos efetivos utilizados pelos preceptores no cotidiano de formação do residente. São divididas em dois grupos: dinâmicas ativas de ensino-aprendizagem e ações para o ensino ativo. Este artigo relata os efeitos de um curso de formação para preceptores de MFC no uso de dinâmicas ativas de ensino e ações para o ensino ativo no processo de preceptoría em PRMMFC. **Método:** Pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso comparativo mediante o uso de formulário sociodemográfico, entrevista individual semiestruturada e diário de campo. As informações produzidas foram examinadas por análise de discurso, tendo participado dez preceptores de quatro PRMMFC do estado de São Paulo, Brasil (metade realizou o curso Leonardo EURACT nível 1 e metade não). **Resultados:** Os preceptores que fizeram o curso demonstraram maior conhecimento e uso de utilização de estratégias didáticas de aprendizagem, especificamente dinâmicas ativas de ensino-aprendizagem e ações para o ensino ativo. **Conclusões:** Foi possível perceber que a tecnologia de ensino Leonardo EURACT nível 1 modifica a prática de ensino dos preceptores que o cursaram, pois demonstram maior uso e domínio das ferramentas na sua prática pedagógica. Além disso, o curso possibilita maior compreensão das dinâmicas e ações apresentadas e, assim, promove o aprendizado dos residentes de forma crítica e estimulando a autonomia.

^ISecretaria Municipal de Saúde, São Bernardo do Campo, São Paulo, Brasil.

^{II}Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{III}Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

KEYWORDS

- Health Technology Assessment.
- Professional Training.
- Preceptorship.
- Medical Education.
- Family Practice.
- Public Health.

ABSTRACT

Introduction: The Family Doctor (FD), whose scope of action is Primary Health Care (PHC), is a professional trained to care for people, their families, and communities. The best FD training should be performed through Medical Residency Programs in Family Medicine (MRPFM), an in-service teaching field where a preceptor, also a FD, accompanies the resident. A pedagogically well-trained preceptor can work in the learning process of young doctors, who in turn are able to develop the necessary skills to work as a future FD. Active Learning Methodologies (ALM) are based on critical pedagogy and work with problems for the development of teaching-learning processes. They seek the theory from the practice, thus preparing the students to become aware of their environment and act aiming at its transformation. ALMs are achieved in the pedagogical processes through Active Teaching-Learning Strategies (ATLS), which are effective pedagogical resources used by the preceptors in the residents' daily training. They can be divided into two groups: Active Teaching-Learning Dynamics and Active Teaching Actions. This article reports on the effects of a training course for Family Medicine preceptors on the use of Active Teaching-Learning Dynamics and Active Teaching Actions. **Method:** Qualitative comparative case study using sociodemographic survey, individual semi structured interview and field notes. The information was examined under content analysis, having participated ten preceptors from four MRPFM from the state of São Paulo, Brazil (half having attended the Leonardo EURACT level 1 course and half not having done so). **Results:** Those preceptors who attended the course expressed having more knowledge and use of Active Teaching-Learning Strategies, specifically of Active Teaching-Learning Dynamics and Active Teaching Actions. **Conclusions:** It was observed that the Leonardo EURACT level 1 teaching technology modifies the teaching practice of those who took the course, as they demonstrate a greater use and domain of its tools in their pedagogical practice. Moreover, the course allows a greater understanding of the presented dynamics and activities, thus promoting the residents' critical learning and encouraging autonomy.

Recebido em 5/5/20

Aceito em 20/6/20

INTRODUÇÃO

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implantação e expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), a atenção primária à saúde (APS) necessita de médicos especialistas qualificados para proporcionar cuidados adequados aos indivíduos, devendo ser competentes clinicamente e levar em conta a situação cultural, socioeconômica e psicológica dos indivíduos, família e comunidade. O médico de família e comunidade (MFC) é um desses especialistas¹⁻³.

A residência médica, modalidade de ensino de pós-graduação com treinamento em serviço, é o padrão-ouro para a formar esse profissional, sendo responsabilidade de uma instituição de saúde mediante orientação/supervisão de profissionais denominados preceptores^{4,5}. No cenário da residência, o preceptor facilita o ensino do residente e compromete-se com a assistência de pessoas que estão sob seus cuidados, devendo manter conduta profissional, técnica e ética⁶⁻⁸.

Diversos autores definem as características e competências necessárias para o preceptor. Algumas são conhecimento em ensino, habilidades para o ensino e atitude ao ensinar. Incluem atividades necessárias no processo de trabalho do preceptor, como a realização regular de observação e análise de atividades do residente, avaliando e oferecendo *feedbacks* constantes sobre suas competências na prática. Outros aspectos também são citados como importantes: conhecimento de teorias de aprendizado e de estilos de aprendizagem, assim como especificidades do aprendizado do adulto. Tudo isso permite ao preceptor determinar o *status* do processo de ensino-aprendizagem em que o residente se encontra, traçando metas para a sua formação como MFC^{9,10}.

Sugere-se que o ensino de Medicina de Família e Comunidade seja

sustentado pelas metodologias ativas de aprendizagem (MAP), portanto centrada no residente e na problematização das demandas sociais e de saúde de um indivíduo ou população. Por sua vez, as MAP ancoram-se na pedagogia crítica e trabalham com problemas do cotidiano para o desenvolvimento dos processos de ensino-aprendizagem. Problematizar significa ser capaz de responder ao conflito intrínseco que o problema traz¹¹. As MAP partem da prática e buscam a teoria, e, dessa forma, preparam o aluno para tomar consciência de seu mundo e atuar para sua transformação^{12,13}. Além disso, questionam o quanto a experiência mudou a compreensão, a apreensão, as atitudes e o comportamento tanto do aluno como do professor¹⁴.

As MAP são concretizadas nos processos pedagógicos pelas estratégias didáticas ativas de ensino-aprendizagem, que são recursos pedagógicos efetivos utilizados pelos preceptores no cotidiano de formação do residente. Essas estratégias podem ser divididas em dois grupos: dinâmicas ativas de ensino-aprendizagem, que são técnicas de ensino, e ações para o ensino ativo, que compreendem posturas tomadas pelo facilitador para potencializar o ensino ativo¹⁵.

O Quadro 1 apresenta exemplos dos dois grupos de estratégias didáticas ativas de ensino-aprendizagem¹⁵⁻¹⁷.

Diversas ofertas educativas sustentadas nas MAP têm sido disponibilizadas no país aos preceptores dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC). A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade tem trazido ao Brasil, desde 2011, os *Cursos para Formadores em Medicina de Família Leonardo EURACT*, da Academia Europeia de Professores de Medicina de Família (European Academy for Teachers in General

Quadro 1

Estratégias didáticas ativas de ensino-aprendizagem

Dinâmicas ativas de ensino-aprendizagem	Ações para o ensino ativo
Compartilhamento de pensamento em pares ou em grupos (<i>buzz groups/brainstorming</i>)	Uso dos princípios da teoria do aprendizado de adultos para desafiar e envolver continuamente os alunos
Questões/perguntas norteadoras	
Debates	Promoção de trabalho eficaz em grupo
Aquário	Ensino de acordo com os diferentes estilos de aprendizagem do residente
Dramatizações	
Apresentações de alunos	Observação da prática <i>in loco</i> ou em vídeo
Jogos	
Estudos de caso	Auxílio direto de alunos para seu aprendizado e planejamento de seu ensino com aconselhamento acadêmico e profissional (mentoria)
Formulação de perguntas	
Trabalho em grupo	
Observação direta	

Fonte: Sistematizado com base em Gleason et al.¹⁵, Davis¹⁶ e Fink¹⁷.

Pratice). Entre 2011 e 2018, foram realizadas quinze edições do curso – nível 1 – no Brasil, tendo sido consolidado um grupo significativo de preceptores com formação pedagógica.

O *Projecto Leonardo EURACT*, que teve início, na Europa em 2004, objetiva a estruturação e desenvolvimento de um curso de educação continuada para preceptores/formadores em Medicina Geral e Familiar, ou Medicina de Família Comunidade, como esta especialidade é denominada no Brasil. O referencial teórico-metodológico dos cursos *Leonardo EURACT* é sustentado por MAP, mais especificamente nas estratégias didáticas ativas de ensino-aprendizagem, objetivando a problematização da prática do preceptor ao conduzir o desenvolvimento profissional do futuro MFC. Ao longo do curso, os preceptores aprendem várias dinâmicas e ações de ensino-aprendizagem ativas que podem ser utilizadas no processo educativo dos residentes. É um programa abrangente, com cursos que respondem adequadamente às diferentes necessidades educativas dos formadores de Medicina de Família^{18,19}.

Em três dias de curso, 36 preceptores de diferentes PRMMFC do Brasil e seis facilitadores conduzem discussões sobre o processo de formação do residente MFC. O curso *Leonardo EURACT* nível 1 aborda os seguintes temas: o que é um bom formador/preceptor, teoria da educação e avaliação, estilos de aprendizagem e plano de formação pessoal, métodos de ensino e *feedback* na prática, dramatização em educação médica e como desenvolver um plano de ensino²⁰.

No curso *Leonardo EURACT* nível 1, os preceptores são apresentados às dinâmicas de aprendizagem e estimulados a vivenciá-las: compartilhamento de ideias em pares ou grupo (*brainstorming, buzz group*), trabalho em pequenos grupos, dramatização (*role play*), discussão de caso, aquário, observação direta e uso do vídeo no ensino. Além disso, várias ações de ensino ativo são experienciadas de forma crítica pelos preceptores, como: *feedback*, plano de desenvolvimento pessoal, uso dos estilos de aprendizagem no ensino com a aplicação de inventário de estilos de aprendizagem e aplicação de teorias de aprendizado de adultos no ensino de residentes.

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar as estratégias didáticas ativas de ensino-aprendizagem na formação pedagógica de preceptores de Medicina de Família e Comunidade ofertadas pelo curso de formação de preceptores *Leonardo EURACT* nível 1, assim como comparar as diferenças de prática de preceptoria com aqueles que não fizeram esse curso.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso comparativo, que descreve e analisa os contextos, as relações e as percepções de um episódio em questão²¹.

A população inicial deste estudo foi composta por 37 preceptores de quatro PRMMFC do estado de São Paulo que realizaram ou não o curso *Leonardo EURACT* nível 1. Todos foram contatados por mensagem eletrônica (WhatsApp) e *e-mail*; 20 não responderam, três não atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa e quatro, apesar de inicialmente terem aceito o convite, não responderam ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou não disponibilizaram data/horário para a sua participação na pesquisa. Assim, o número de participantes foi de dez preceptores, sendo cinco no grupo daqueles que cursaram o *Leonardo EURACT* nível 1 e cinco que não participaram do curso de formação.

Os participantes que fizeram o curso cumpriram os critérios de inclusão, a saber: conclusão do nível 1 do curso *Leonardo EURACT* há mais de seis meses; supervisão de residentes no período da coleta das informações; experiência de, pelo menos, seis meses como preceptor; e desejo de participar do estudo. Os preceptores que não fizeram o curso tinham como critério de inclusão: supervisão de residentes no período da coleta das informações; experiência de, pelo menos, seis meses como preceptor; e desejo de participar do estudo.

Embora o número de participantes na pesquisa tenha ficado abaixo do esperado, as informações coletadas demonstraram aprofundamento do tema proposto, grande abrangência de categorias empíricas e analíticas, assim como diversidade no processo de compreensão das percepções trazidas pelos preceptores dos dois grupos estudados²².

Coletaram-se as informações entre julho e outubro de 2018, oriundas de três fontes: formulário sociodemográfico, respondido após o aceite e a assinatura do TCLE; entrevista individual semiestruturada, com duração aproximada de 50 minutos realizada via Skype; e diário de campo, elaborado pela pesquisadora principal a partir das impressões obtidas durante a realização das entrevistas.

Os participantes foram identificados pela letra “e”, seguida por um algarismo atribuído conforme a ordem de entrevistas de cada grupo. Criaram-se dois grupos para comparação dos efeitos da tecnologia estudada: no grupo 1 (G1) foram incluídos os participantes que realizaram o *Leonardo EURACT* nível 1 (identificados de e1 a e5) e, no grupo 2 (G2), os que não o realizaram (identificados de e6 a e10).

Tabularam-se e analisaram-se os dados referentes ao questionário sociodemográfico de acordo com sua frequência. As entrevistas foram transcritas na íntegra e interpretadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo, que leva à compreensão das temáticas por intermédio do sentido das falas e de suas significações. O diário de campo constituiu apoio à pesquisadora principal em todas as etapas da pesquisa, trazendo observações, conclusões de comportamentos, ou seja, aspectos que complementam os observados nos outros instrumentos de avaliação²¹.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo

Quadro 2

Dados do questionário sociodemográfico

Entrevistados / grupo	Titulação	Curso de formação de preceptores	Tempo de atuação como preceptor	Carga horária dedicada à preceptoria	Nº de residentes sob sua supervisão	Bolsa de incentivo à preceptoria
E1-G1	RM e ESP	E-1, E-A e CPHAOC	3 semestres	40h	5 residentes	Não
E2-G1	RM	E-1 e CPHAOC	1 semestre	40h	5 residentes	Não
E3-G1	RM e ESP	E-1, ABEM, FAIMER	>10 semestres	30h	5 residentes	Não
E4-G1	RM e ESP	E-1	>10 semestres	40h	5 residentes	Não
E5-G1	RM	E-1 e CPHAOC	>10 semestres	40h	1 residente	Não
E6-G2	RM		1 semestre	40h	5 residentes	Sim
E7-G2	RM e ESP	UNASUS	1 semestre	20h	4 residentes	Sim
E8-G2	RM	CPHAOC	>10 semestres	40h	4 residentes	Não
E9-G2	RM e ESP	CPHAOC	5 semestres	40h	5 residentes	Não
E10-G2	RM		>10 semestres	20h	2 residentes	Não

RM = residência médica em Medicina de Família e Comunidade, ESP = especialização, E-1 = Leonardo EURACT nível 1, E-A = Leonardo EURACT Avaliação, CPHAOC = Capacitação de Preceptoria do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, UNASUS – Curso de Preceptoria em MFC – SBMFC, ABEM = curso de preceptores da Associação Brasileira de Educação Médica, FAIMER = especialização em Educação na área de saúde.

Fonte: Sistematizado com base nos dados extraídos dos questionários sociodemográficos.

Hospitalar Conceição via Plataforma Brasil, mediante o Parecer nº 2.659.588, de 17 de maio de 2018.

O foco deste artigo é uma das categorias de análise identificadas, as estratégias didáticas ativas de ensino-aprendizagem no cotidiano de formação de residentes de MFC.

RESULTADOS

O Quadro 2 apresenta os dados coletados pelo questionário sociodemográfico. As informações coletadas mostram que preceptores dos dois grupos realizaram residência em MFC, porém nenhum deles cursou pós-graduação *stricto sensu*. Quatro preceptores do G1 haviam realizado outro curso de formação em preceptoria além do Leonardo EURACT nível 1, enquanto no G2 três fizeram apenas um curso e dois não participaram de nenhum.

Com relação ao tempo dedicado à preceptoria, a maioria dos participantes de ambos os grupos dedica entre 31 e 40 horas por semana a essa atividade. Porém, em relação à gratificação financeira pelo seu exercício, apenas dois preceptores do G2 a recebem.

Para demonstrar o uso das estratégias didáticas ativas de ensino-aprendizagem, os resultados desta pesquisa foram divididos em dinâmicas ativas de ensino-aprendizagem e ações para o ensino ativo.

Dinâmicas ativas de ensino-aprendizagem

O Quadro 3 apresenta as dinâmicas ativas de ensino-aprendizagem que foram citadas pelos preceptores em cada grupo.

Quando se analisaram o conhecimento e a utilização das didáticas ativas pelos preceptores entrevistados, identificou-se que o G1 citou sete tipos, enquanto o G2 mencionou três.

A seguir, são analisadas as didáticas ativas de ensino aplicadas no Leonardo EURACT nível 1, bem como seu uso comparando os dois grupos.

Sobre a utilização da observação direta na prática da preceptoria,

participantes do G1 e G2 relataram o seguinte:

Sombra: eles acompanham a minha consulta e a gente discute na aula aspectos principalmente de habilidade em comunicação (e1).

Tento fazer o atendimento com eles ombro a ombro, então vejo o que a gente precisa com bastante frequência, utilizar o Calgary [Calgary Cambridge] (e2).

Eu, geralmente, gosto de assistir, porque eu discuto, inclusive, como foi a abordagem dele (e7).

Tem o Consultation Observation Tool, é tipo a sombra. Você fica

Quadro 3

Dinâmicas ativas de ensino-aprendizagem citadas pelos preceptores

Grupo de pesquisa	Dinâmicas ativas de ensino-aprendizagem citadas pelos preceptores
Grupo 1 (com Leonardo EURACT nível1)	Observação direta: sombra, sombra invertida, ombro a ombro
	<i>Brainstorm</i>
	<i>Role play</i>
	<i>Buzz group</i>
	Discussão de caso
	Debates: artigo
Grupo 2 (sem Leonardo EURACT nível 1)	Análise de vídeo: vídeo
	Observação direta: ombro a ombro
	Debates: artigo discussão de caso, <i>one-minute preceptor</i>

Fonte: Sistematizado com base nos dados extraídos das entrevistas.

observando a consulta, sem interferir em nada, e aí fazer esse feedback depois (e6).

Os preceptores do G2 relataram o uso da discussão de caso da seguinte maneira:

Então, primeiro retoma, revisa os pontos discordantes, daí os pontos concordantes, o que mais fecha para aquilo, aí a gente faz um resumo de tudo e aí decide junto a conduta (e7).

A gente discute, ele fala tudo e eu pontuo alguma coisa, peço para ele dar as hipóteses, no que ele pensou em fazer e eu, também, vou pontuando, aos pouquinhos (e8).

Eu faço um one-minute preceptor, que é um pouco essa a ideia da discussão de caso (e10).

Os preceptores do G1 afirmaram que conduzem a discussão de caso da seguinte maneira:

Ele passa todo o caso, eu não interfiro, a gente começa com: Qual o seu diagnóstico? Qual é sua conduta? Qual é sua avaliação? O que você faria com esse paciente? E por que fez essas avaliações e vai seguir esse plano? Ele responde. Daí eu dou um feedback do porquê que eu acho e no plano, a mesma coisa (e1).

Nada é entregue de graça... [ele] põe o caso, toda a história clínica, exame físico, conduta... questionando, eles vão, ativamente, chegando, construindo o caminho (e2)

Os preceptores do G1 apontaram diversas características da dramatização na aplicação do ensino em saúde:

Então, eu resolvi fazer a teatralização principalmente porque eu via que em algumas discussões ficavam alguns pontos pendentes, e com a teatralização eu posso manejar esses pontos que têm maior dificuldade de trabalhar com os residentes. Aprender a se expor, a se comunicar, e, além de tudo, aprender a lidar com situações que, talvez, eles não estejam lidando no cotidiano. Acho a teatralização uma boa técnica (e2).

Dramatização me chamou muito a atenção durante o EURACT, foi uma das coisas que me interessou muito. [...] tinha uma equipe extremamente difícil, uma discussão de família extremamente pobre. Em dado momento, eu falei: “Vamos fazer uma coisa que eu aprendi? É uma dramatização” (e5).

Os preceptores do G2 falaram sobre o uso da dramatização na sua prática:

É até uma coisa em que eu não tenho muita experiência. Eu nunca vi muito, e realizar, menos ainda. Não me sentiria tão capaz de conduzir. Talvez até por não ter experiência, seria muito complicado (e8).

Muito pouco, já usei, principalmente, nessa fase inicial dos dois minutos de consulta, e a gente acaba fazendo um role play. Vamos fazer aqui como se eu fosse o paciente, você vai me trazendo os questionamentos e eu vou te falando (e10).

Ações para o ensino ativo

O Quadro 4 apresenta as ações para o ensino ativo mencionadas pelos preceptores do G1 e do G2.

Quando se analisaram o conhecimento e a utilização das ações para o ensino ativo, os preceptores do G1 citaram quatro tipos, enquanto os do G2 mencionaram somente um tipo. Os preceptores do G1 parecem utilizar maior variedade de ações para o ensino, principalmente aquelas que se baseiam no conhecimento integral do aluno (residente), o que facilita e qualifica o processo pedagógico e seu resultado, o aprendizado.

Passamos agora a analisar as ações para o ensino ativo aplicadas no Leonardo EURACT nível 1, com base na comparação de uso nos dois grupos.

O uso do feedback foi relatado do seguinte modo pelo G1:

Eu consigo. Tenho conseguido fazer o feedback semanalmente. Tem sido bem positivo, mas feedback é uma coisa que você aprende fazendo. Tem toda uma questão assim: cada residente tem o seu perfil e tem a sua forma de entender aquilo que você está passando (e2).

Agora, tecnicamente, acho que o fato, talvez, de ter treinado o feedback, eu acho que foi importante (e3).

Eu acho que o que mais mudou mesmo foi o feedback, de verdade. De ficar dando feedback. Lá, no EURACT (e4).

E eu utilizo a técnica mesmo do feedback. Sempre apontar mais coisas positivas, inicialmente. E isso eu vejo assim que, normalmente, os residentes, principalmente, são muito carentes de um elogio, dos pontos positivos mesmo para eles (e5).

Entre preceptores do G2, estes foram os relatos obtidos sobre o uso do feedback:

Então, para a preceptoria eu dei uma lida e tal, e aí sempre tem essa questão de o feedback não ser agressivo e tal, sempre ter os pontos positivos também, então acho que tem rolado assim, acho que não tem tido grandes questões não (e6).

[...] eu tento sempre dar um feedback daquele atendimento dele, mas é mais numa discussão dentro da discussão, então é uma coisa mais pontual, mais rápida: “Olha, isso aqui que você fez

Quadro 4	
Ações para o ensino ativo citadas pelos preceptores	
Grupo de pesquisa	Ações para o ensino ativo citadas pelos preceptores.
Grupo 1 (com Leonardo EURACT nível 1)	Adaptação aos estilos de aprendizagem: Kolb e VARK Reflexão: portfólio Comunicação preceptor-residente: <i>feedback</i> Plano de desenvolvimento pessoal
Grupo 2 (sem Leonardo EURACT nível 1)	Comunicação preceptor-residente: <i>feedback</i>

Fonte: Sistematizado com base nos dados extraídos das entrevistas.

não ficou tão legal. Isso o que você falou para o paciente, às vezes, ele pode não ficar bem". Então é mais uma orientação do que dar um feedback (e8).

Não funciona nem de longe muitas vezes. Eu faço, em situações mais críticas, eu percebo que eu tenho uma dificuldade gigante com esse tipo de relatório, em falar de uma maneira mais sincera. Eu tenho dificuldade nisso. Então, eu sinto que eu evito, eu não faço o tanto que eu deveria (e9).

O uso de ferramentas para o conhecimento dos estilos de aprendizagem foi demonstrado da seguinte maneira pelos preceptores do G1:

Entender como o residente aprende é, assim, para utilizar várias ferramentas diferentes de ensino. Então, eu analiso o que o residente faz com o Kolb e aí eu penso em formas de ensinar melhor o conteúdo para ele (e2).

Se eu não o fizer colocar a mão na massa, não vai aprender, de jeito nenhum. E uma outra está muito mais reflexiva, então ela usa muito mais o portfólio e ouvir e discutir do que fazer. A outra gosta de ler, de estudar, de receber material etc. e tal (e1).

Já os preceptores do G2 fizeram o seguinte relato sobre estilos de aprendizagem:

Mas eu acho que isso é muito incipiente, não posso dizer que eu faço isso muito estruturado, é mais intuitivo. E é isso, o meu toque com o da enfermeira e o da outra médica falando: "Olha, esse cara não vai rolar assim, vai rolar de outro jeito". A gente vai tentando achar outro jeito (e10).

Sobre o uso do plano de desenvolvimento pessoal (PDP), os preceptores do G1 afirmaram o seguinte:

A gente consegue identificar falhas, ver intervenções em cima dessas falhas, consegue identificar necessidades a serem adquiridas. [...] Eles montam [o PDP] e trazem para mim, a gente começa por um deles e vai acrescentando (e1).

Montei sim. Tentei ser mentora deles e orientar, sentar, conversar, através do feedback, eles vão trazendo algumas coisas que foram muito úteis para a elaboração do PDP deles (e2).

Os preceptores do G2 relataram o uso do PDP da seguinte maneira:

Sim, eu faço [...] eu tenho uma pastinha tanto de deveres, em relação a estudo, de procedimento. Aí a gente marca, por exemplo: "Está colocando DIU. Da próxima vez, eu não vou falar nada, eu só vou ficar do seu lado". Faço o plano nesse sentido. (e9)

DISCUSSÃO

Cursos de formação melhoram a capacidade de os MFC desempenharem seu papel no cenário de ensino, devendo haver uma avaliação formativa contínua para manutenção do desenvolvimento pedagógico. Existem evidências de que esses cursos promovem impacto nas práticas de ensino e mostram sinais de que também podem modificar o aprendizado e a *performance* dos alunos²⁴. O treinamento aumenta o foco

do preceptor sobre o aluno qualificando, portanto, a sua aprendizagem: a formação do preceptor qualifica também a formação do aluno²⁵.

A análise dos dados sociodemográficos demonstra que preceptores do G1 realizaram mais cursos de formação, tanto em número quanto em diversidade, do que aqueles no G2. A diversidade do uso de dinâmicas ativas enriquece o processo pedagógico e pode, assim, torná-lo mais efetivo. A realização de cursos de formação, porém, não está ligada à remuneração pela atividade de preceptoria.

Alguns autores definem as competências pedagógicas do formador especificando conhecimentos e habilidades em ensino, além de atitude ao ensinar. Boendermaker et al.⁹ e Vernooij-Dassen et al.¹⁰ destacam a realização regular de observação e análise de atividades do residente, avaliação e *feedbacks* constantes sobre suas competências, aplicação de conhecimentos de aprendizado de adultos, teorias de aprendizado e de estilos de aprendizagem. Essas ações permitem ao preceptor determinar o *status* do processo de ensino-aprendizagem do residente, traçando estratégias para sua formação como MFC.

Neste estudo, quando analisamos o uso referido das estratégias didáticas ativas de ensino-aprendizagem, constatamos a diferença apresentada entre os grupos G1 e G2, que, além do número de dinâmicas e ações utilizadas, também apresentam diferença nos tipos utilizados. Preceptores do G1 informam o uso de maior variedade de estratégias para o ensino, principalmente aquelas que se utilizam de conhecimentos prévios, geram reflexão e influenciam na aquisição de habilidades e atitudes dos residentes. Já preceptores do G2, mesmo indicando o uso de tais estratégias, mencionam menor variedade, o que pode levar a uma menor efetividade do processo de ensino-aprendizagem do residente.

Quando analisamos a aplicação das estratégias didáticas ativas de ensino-aprendizagem, verificamos uma diferença entre as dinâmicas e ações utilizadas em cada grupo da pesquisa. Analisaremos cada uma das estratégias utilizadas e a comparação entre os grupos.

Por avaliar habilidades, atitudes e conhecimentos, a observação direta deve ser bastante utilizada no processo de preceptoria do MFC para acompanhamento e avaliação do ganho das competências a serem adquiridas na prática do residente²⁶.

Com relação à observação direta, tanto preceptores do G1 quanto do G2 mencionam seu uso. Preceptores de ambos os grupos utilizam a observação direta na prática cotidiana, bem como instrumentos de avaliação para essa dinâmica, como o *Calgary Cambridge* e a *Communication Observation Tool*^{23,27}.

A discussão de caso é uma dinâmica muito utilizada por preceptores durante a graduação, pós-graduação e até mesmo na prática clínica do médico. A importância da discussão de casos clínicos na educação médica reside em conectar a ciência básica e os problemas reais da medicina prática, sendo uma importante estratégia de aprendizado em medicina empregada durante a formação do profissional²⁸, pois exige do preceptor o conhecimento técnico da dinâmica e a atitude de facilitador de ensino.

O estudo mostrou que, nas residências de MFC, o processo também acontece, aparecendo como dinâmica utilizada nos dois grupos. Foi possível, porém, observar que os preceptores do G1 focam a discussão de caso nos conhecimentos trazidos pelos residentes, quando apresentam a atitude de facilitador do ensino, que prioriza a autonomia do residente sobre o caso, e problematizam o ensino. Dessa forma, mostram o foco nas metodologias ativas de ensino.

A dramatização ou *role play* é uma dinâmica de ensino que oportuniza aos participantes a possibilidade de eles assumirem um papel em uma situação específica, ao imaginarem que são outra pessoa ou eles mesmos. Pretende atingir os objetivos educacionais especificados para cada situação, sempre sob a orientação de um tutor, sendo seguida por uma discussão, parte integrante do processo²⁹.

Os entrevistados do G1 demonstram o uso cotidiano dessa dinâmica, apontando que pode ser usada em diversos espaços e situações, e, por isso, é potente na prática da preceptoria. Já os entrevistados do G2 usam essa dinâmica com menos frequência e apontam as principais barreiras ao seu uso.

O *feedback* regula o processo de ensino-aprendizagem fornecendo continuamente informações para que o estudante perceba o quão distante ou próximo está dos objetivos almejados³⁰. É, assim, uma ação para o ensino ativo que auxilia na revisão do processo de aprendizagem, apontando lacunas e pactuando objetivos, métodos e resultados entre o preceptor e o residente.

Os preceptores do G1 indicam que é uma ação importante para sua prática pedagógica e que o curso Leonardo EURACT nível 1 proporcionou um treinamento prático. Os preceptores do G2 mostram que a ação é aplicada, porém a fala deles não se mostra tão assertiva quanto à utilização da técnica em si e sua efetividade.

O reconhecimento dos estilos de aprendizagem tem reflexos educacionais no processo de ensino tanto para alunos quanto para professores³¹. É importante a busca pelo conhecimento dos estilos de aprendizagem e seu uso na estratégia de ensino de alunos por meio da aplicação de inventários/questionários como os de Kolb ou VARK^{26,32}. O Kolb se refere ao inventário de estilos de aprendizagem desenvolvido por David Kolb e que, após preenchido, define o estilo de aprendizagem de preferência do aluno³³. Por sua vez, o VARK, o acrônimo de visual, auditivo, *reading* (leitura) e *kinesthetic* (cinestésico), é um questionário desenvolvido na Universidade Lincoln que fornece informação sobre a melhor forma de absorver informações e gera um estímulo para reflexão e mudança nos métodos de ensino dos professores³⁴.

O Kolb é apresentado no curso Leonardo EURACT nível 1, e os preceptores do G1 mostram que compreendem e aplicam inventários como uma ação para o ensino. Os preceptores do G2 percebem os diferentes estilos de aprendizagem, porém não conseguem aplicar a técnica e, por conseguinte, não utilizam essa ferramenta no processo de ensino.

A autonomia sobre as próprias necessidades de aprendizado contribui para o crescimento intelectual e o desenvolvimento pessoal necessário para profissionais de saúde. A pactuação de metas de aprendizado baseadas nas necessidades de ensino, tanto as almejadas pelo aluno como as lacunas apuradas pelo professor, constitui um desafio³⁵. O PDP é mais uma ação para o ensino ativo e materializa um plano de ação focado no desenvolvimento do processo de ensino do aprendiz, baseado na reflexão do sujeito e no auxílio, na facilitação e no *mentoring* de seu preceptor, objetivando alcançar as competências da MFC.

Os preceptores do G1 utilizam o PDP no processo de preceptoria, sendo facilitadores na construção de um plano que reforce o ganho de autonomia do residente, no aprender a aprender. Por sua vez, os preceptores do G2 demonstram não ter vivência no uso do PDP e, por vezes, acontece um equívoco de conceito (PDP não é um *checklist*), mas

avaliam a necessidade da inclusão dessa ação no processo de preceptoria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou limitações com relação ao número de participantes. No decorrer da pesquisa, entre a idealização do projeto e a fase de coleta de dados, houve muitas mudanças no cenário dos programas de residência médica em São Paulo, como a migração de preceptores para outros PRMMFC e até mesmo para os serviços privados, o que reduziu o número de participantes neste estudo. Além disso, a falta de disponibilidade de tempo dos preceptores limitou o aceite de participação nesta pesquisa. Apesar disso, por ser uma pesquisa qualitativa e por ter havido saturação das informações coletadas, o número de participantes não diminuiu a importância do estudo, devendo-se avançar em outras pesquisas sobre o tema para reforçar as informações levantadas aqui.

A partir do demonstrado nos resultados e na discussão, com relação às estratégias didáticas de ensino-aprendizagem, o curso Leonardo EURACT nível 1 mostrou que pode ampliar o número dessas estratégias, trazer diversidade, enriquecer o processo pedagógico e torná-lo mais efetivo, além de qualificar o conhecimento prático das estratégias didáticas ativas de aprendizagem no cotidiano de preceptores, em comparação com os preceptores que não participaram do curso. Isso é corroborado por Schofield e Hasler³⁶ que, já em 1984, ressaltavam a importância das estratégias de ensino utilizadas na prática de preceptores. O conhecimento e o uso efetivo dessas estratégias são primordiais para o processo de preceptoria.

Por meio deste estudo, foi possível perceber que os preceptores que realizaram o curso Leonardo EURACT nível 1 e aprenderam uma ampla variedade de dinâmicas ativas de ensino-aprendizagem e ações para o ensino ativo sentem-se apropriados para sua utilização, qualificando o ensino dos residentes de MFC, ao contrário dos preceptores que não fizeram o curso. Constatou-se que o Leonardo EURACT nível 1, que tem como referencial pedagógico as MAP para abordar o processo de preceptoria, faz isso principalmente pela problematização da prática do formador, por meio da abordagem de conteúdo e da vivência prática das dinâmicas e ações ativas de ensino-aprendizagem.

Esta pesquisa mostrou que o curso para formadores em MFC Leonardo EURACT nível 1 tem efeitos positivos no processo de preceptoria dos participantes, já que eles incorporam à sua prática estratégias ativas de ensino que qualificam suas habilidades e atitudes como formadores, tornando-se profissionais com maior arcabouço de competências necessárias para o desenvolvimento do processo de preceptoria.

O cuidado ao integrar ensino e serviço é importante na organização dos programas de residência médica para oportunizar espaços protegidos para o ensino. Na elaboração de novas ofertas pedagógicas, é necessário que se mantenha o foco na aquisição de competências para o preceptor, atentando-se para a metodologia de ensino aplicada, pois o melhor modo de ensinar metodologias ativas de ensino-aprendizagem é vivenciá-las e utilizá-las para qualificar o ensino e torná-lo efetivo e ativo.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) o apoio em todas as etapas do desenvolvimento da pesquisa, desde a idealização do projeto até a publicação do artigo nesta revista.

REFERÊNCIAS

1. Lopes JMC, Dias LC. Princípios da Medicina de Família e Comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 1-11.
2. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília; 1988 [acesso em 28 jan 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
3. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. A definição europeia da Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral*. 2005 (21):511-6 [28 jan 2019.] Disponível em: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10170/9906>
4. Michel JLM, Oliveira RAB de, Nunes M do PT. A residência médica no Brasil. *Resid Méd (Brasília)*. 2011;7:2-12. [28 fev 2019.] Disponível em: https://abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2016/06/CadernosABEM_Vol09.pdf.
5. BRASIL. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Brasília; 1981. [28 jan 2018.] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6932.htm.
6. Botti SH de O, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(3):363-73. [30 jan 2018.] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a11.pdf>.
7. Monteiro D, Leher E, Ribeiro V. Da educação continuada à educação permanente. In: Ribeiro VMB, organizador. Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde: a construção do Modelo de formação pedagógica para preceptores de internato médico. Juiz de Fora: Editora UFJF; 2011. p. 13-22. [30 jan 2018.] Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Sergio_Rego/publication/313332486_As_identidades_do_preceptor_seu_papel_na_formacao_moral_e_etica/links/5895ecd5a6fdcc32dbd98b1e/As-identidades-do-preceptor-seu-papel-na-formacao-moral-e-etica.pdf.
8. Dubar C. Formação dos médicos generalistas: transmissão e construção dos saberes profissionais. In: Ribeiro VMB, organizador. Formação pedagógica de preceptores do ensino da saúde. Juiz de fora: Editora UFJF; 2011. p. 23-8. [30 jan 2018.] Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Sergio_Rego/publication/313332486_As_identidades_do_preceptor_seu_papel_na_formacao_moral_e_etica/links/5895ecd5a6fdcc32dbd98b1e/As-identidades-do-preceptor-seu-papel-na-formacao-moral-e-etica.pdf.
9. Boendermaker PM, Schuling J, Meyboom-de Jong B, Zwierstra RP and Metz JCM. What are the characteristics of the competent general practitioner trainer? *Fam Pract*. 2000;17(6):547-53. [25 dez 2018] Disponível em: <https://sci-hub.tw/10.1093/fampra/17.6.547>.
10. Vernooij-Dassen M, Ram PM, Brenninkmeijer WJM, Franssen LJE, Bottema BJAM, Van Der Vleuten C, et al. Quality assessment in general practice trainers. *Med Educ*. 2000;34:1001-6. [25 dez 2018.] Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2923.2000.00662.x?sid=nlm%3Apubmed>.
11. Marin MJS, Lima EFG, Paviotti AB, Matsuyama DT, Silva LKD da, Gonzalez C, et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso de metodologias ativas de aprendizagem. *Rev Bras Educ Med*. 2010;34(1):13-20. [28 jan 2018.] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n1/a03v34n1.pdf>.
12. Abreu JRP. Contexto atual do ensino médico: metodologias tradicionais e ativas – necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura das escolas [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18510/000729487.pdf>.
13. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface Comun Saúde e Educ*. 1998;2(2):139-54. [30 jan 2018.] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08>.
14. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):780-8. [30 jan 2018.] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/15.pdf>.
15. Gleason BL, Peeters MJ, Resman-Targoff BH, Karr S, McBane S, Kelley K, et al. An active-learning strategies primer for achieving ability-based educational outcomes. *Am J Pharm Educ*. 2011;75(9):1-12. [19 jan 219.] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3230347/>.
16. Davis BG. Tools for teaching. First Edition. San Francisco : Jossey-Bass Publishers. 1993. [21 jan 2019] Disponível em: <https://www.elon.edu/docs/e-web/academics/teaching/Tools%20For%20Teaching.pdf>
17. Fink LD. A Self-Directed Guide to Designing Courses for Significant Learning. San Francisco: Jossey-Bass, 2003. [20 jan 2019]. Disponível em: <https://www.deefinkandassociates.com/GuidetoCourseDesignAug05.pdf>
18. Guldal D, Windak A, Maagaard R, Allen J, Kjaer NK. Educational expectations of GP trainers . A EURACT needs analysis. *European Journal of General Practice*, 2012; 18: 233–237 [doi: 10.3109/13814788.2012.712958].
19. Allen J, Svab I, Price E, Windak A. Framework for Continuing Educational in General Practice / Family Medicine in Europe (CEDinGP). Cracovia: ZiZ Centrum Edukacji; 2012. 38 p. [30 jan 2019] Disponível em: <http://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/publications/official-documents/euractframeworkforcontinuingeducationaldevelopmentoftrainersingeneralpracticeineuropecedinpp.pdf>.
20. Euract/Wonca. Leonardo Level 1. Prague; 2019. [09 abr 2020] Disponível em: <http://leonardoprague2019.cz/program>.
21. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2008. 407 p.
22. Minayo MC de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qual*. 2017;5(7):1-12. [19 fev 2019.] Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>.
23. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for PCC. *Health Aff*. 2010;7:1310-8.
24. Mash R, Blitz J, Edwards J, Mowle S, Kingdom U, Mash R. Training of workplace-based clinical trainers in family medicine, South Africa: before-and-after evaluation. *African J Prim Heal Care Fam Med*. 2018;10(1):1-6.
25. Gibbs G, Coffey N. The impact of training of teachers on their teaching skills, their approach to teaching and the approach to learning of their students. *Act Learn High Educ*. 2004;5(1):87-100. [25 dez 2018.] Disponível em: <http://reforma.fen.uchile.cl/Papers/Teaching Skills - Gibbs, Coffey.pdf>.

26. Cayer S, St-Hilare S, Boucher G, Bujold N. La supervision directe: perceptions d'ex-résidents en médecine familiale Suzanne. *Can Fam Physician*. 2001;47:2494-9. [31 dez 2018.] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2018478/>.
27. Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. The Calgary Cambridge approach to communication skills teaching. The set-go method of descriptive feedback. *Educ Gen Pr*. 1997;8:16-23.
28. Abensur SI, Abensur H, Malheiros MAC, Zatz R, Barros R oledo. Uso da internet como um ambiente para discussão de casos clínicos. *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(3):291-5. [02 jan 2019.] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n3/12.pdf>.
29. Simpson MA. How to use role play in medical teaching. *Med Teach*. 1985;7(1):75-82. doi: 10.3109/01421598509036794.
30. Borges MC, Miranda CH, Santana RC, Bollela VR. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. *Med (Ribeirão Preto)*. 2014;47(3):324-31. [13 dez 2018.] Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n3/11_Avaliacao-formativa-e-feedback-como-ferramenta-de-aprendizado-na-formacao-de-profissionais-da-saude.pdf.
31. Pena AFR, Cavalcante B, Mioni C de C. A Teoria de Kolb : análise dos estilos de aprendizagem no curso de Administração da Fecap. *Rev Linceu On-line*. 2014;4(6):64-84. [31 dez 2018.] Disponível em: https://liceu.fecap.br/LICEU_ON-LINE/article/view/1719/974.
32. Newble DI, Entwistle NJ. Learning styles and approaches: implications for medical education. *Med Educ*. 1986;20(3):162-75. doi: 10.1111/j.1365-2923.1986.tb01163.x.
33. Kolb AY, Kolb DA. Learning styles and learning spaces: enhancing experiential learning in higher education. *Acad Manag Learn Educ*. 2005;4(2):193-212. doi: 10.5465/amle.2005.17268566.
34. Fleming ND. I'm different; not dumb Modes of presentation (V. A. R. K.) in the tertiary classroom in Zelmer, A., (ed.) *Research and Development in Higher Education, Proceedings of the 1995 Annual Conference of the Higher Education and Research Development Society of Australasia (HERDSA)*, HERDSA. 1995;18: 308 - 313
35. Sandars J, Jackson B. Self-authorship theory and medical education: AMEE Guide nº 98. *Med Teach*. 2015;37(6):521-32. doi: 10.3109/0142159X.2015.1013928.
36. Schofield TPC, Hasler JC. Approval of trainers and training practices in the oxford region: criteria. *Br Med J*. 1984;288:538-40. [25 dez 2018.] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1444558/pdf/bmjcred00488-0048.pdf>.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Bárbara Cristina Barreiros foi responsável pela concepção e pelo delineamento da pesquisa, pela coleta e análise dos dados e pela redação do artigo. Margarita Silva Diercks coorientou o trabalho e revisou a versão final do artigo. Maríndia Biffi colaborou na coleta dos dados e na redação do artigo. Ananyr Porto Fajardo orientou a pesquisa que deu origem ao artigo, foi responsável pelo delineamento da pesquisa e revisou a análise dos dados e a redação do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

As autoras declaram não haver conflito de interesses neste estudo.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Bárbara Cristina Barreiros. Rua Mauricio Jacquey, 199, ap. 25, Vila Helena, São Bernardo do Campo, SP, Brasil. CEP: 09635-080.

E-mail: barbaracbarreiros@gmail.com



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.