

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO
DA QUALIDADE DA PRECEPTORIA CLÍNICA EM HOSPITAL ESCOLA
NO NORDESTE DO BRASIL.

ELABORATION AND VALIDATION OF AN INSTRUMENT FOR THE EVALUATION OF
THE QUALITY OF CLINICAL PRECEPTORY IN A TEACHING HOSPITAL OF NORTHEAST
OF BRAZIL.

Leonardo Peri Baptista, Gabriel Silvestre Cortizo, João Gabriel Guedes
Alcoforado Souza, Luana Moury Fernandes Sanchez, Ana Rodrigues Falbo,
Patrícia Gomes de Matos Bezerra.

Ana Rodrigues Falbo

Médica, coordenadora do Comitê de Desenvolvimento Docente e do Programa de Iniciação Científica (PIC) da Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, PE.

Av. Jean Emile Favre, nº 422 – Imbiribeira, Recife – PE. CEP 51.200-060.

anarfalbo@gmail.com

Leonardo Peri Baptista

Acadêmico de medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE.

Av. Bernardo Vieira de Melo, nº 2250 – Piedade, Jaboatão dos Guararapes – PE. CEP 54.410-010

Leo_pb96@hotmail.com

João Gabriel Guedes Alcoforado

Acadêmico de medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE.

Rua Ferreira Lopes, nº401 – casa amarela, Recife – PE. CEP 52.060-235

joãogabrielguedes@hotmail.com

Gabriel Silvestre Cortizo

Acadêmico de medicina na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE.

Rua Setúbal, nº401- Setúbal, Recife – PE. CEP 52.060-235

cortizogabriel@gmail.com

Luana Moury Fernandes

Acadêmico de medicina na Faculdade Uninassau, PE.

Rua doutor José Maria, nº1038 – espinheiro, recife – PE. CEP 52.041-800

luanamfsanchez@gmail.com

Reconhecimento de apoio ao estudo: Faculdade Pernambucana de saúde (FPS), através do projeto de iniciação científica (PIC)

Autor correspondente: Leonardo Peri baptista

Telefone Pessoal: (81) 982520492

Email: leo_pb96@hotmail.com

Resumo

Objetivo: elaborar e validar instrumento de avaliação da preceptoria clínica nos ambulatórios de ensino do curso médico. **Métodos:** estudo de elaboração e validação de instrumento entre outubro de 2017 e julho de 2018 no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Etapas: validação de conteúdo, validação semântica e estatística. O questionário original continha 14 itens agrupados em sete dimensões. Utilizou a média aritmética do conjunto total das respostas e do conjunto das respostas dos itens que compunham cada dimensão, definindo os seus escores médios e atribuindo-se graus às avaliações: 0=baixa qualidade ($\leq 3,0$), 1=boa qualidade ($>3,0$ e $\leq 4,0$) e 2=ótima qualidade ($>4,0$). A confiabilidade do questionário foi verificada pelo coeficiente alfa de Cronbach e a estabilidade pela comparação dos escores médios da primeira e segunda aplicações utilizando o teste *t* Student. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade Pernambucana de Saúde. CAAE: 73049317.0.0000.5569. **Resultados:** as modificações realizadas obedeceram ao critério de consenso e a versão final foi considerada pertinente quanto ao conteúdo e inteligibilidade. O questionário mostrou-se confiável (Alfa de Cronbach 0,81) e estável (teste e reteste com escores médios sem diferença estatisticamente significante -

$p > 0,05$). No geral, os estudantes atribuíram qualidade satisfatória à preceptoria clínica (escore médio $> 3,0$). **Conclusões:** o questionário se mostrou válido, confiável e estável.

Palavras-chave: Preceptoria; Ambulatório; Estudante; Aprendizagem Baseada em Problemas

Introdução

A educação médica no ambulatório tem por objetivo garantir a efetividade educativa, proporcionando ao mesmo tempo um atendimento de qualidade ao paciente e uma boa relação custo-benefício¹. Contudo, estudos mostraram inadequações na qualidade e no tempo destinado pelos preceptores aos estudantes, visto que existia uma grande variabilidade, imprevisibilidade, imediatismo e falta de continuidade². Além disso, é importante refletir também sobre a situação de sobrecarga de atividades que muitos profissionais de saúde estão submetidos e da pouca atenção dada à perspectiva pedagógica da preceptoria, elemento poucas vezes presente no currículo dos profissionais, o que prejudica sua qualidade³. Logo, apesar de terem ocorrido várias reformas, na metodologia do ensino médico, ainda há a necessidade de aperfeiçoamento.

A formação médica, em vários países, vem sendo abordada como uma questão de grande importância para saúde visando adotar um currículo adequado para o Sistema Único de Saúde. O Brasil vem acompanhando as diversas diretrizes curriculares para a educação e das políticas de saúde pública em voga no mundo. Essas mudanças visam buscar novas orientações que possam contribuir para uma formação médica mais adequada para o contexto atual.

A fim de se alinhar a essas novas diretrizes, foi criado pelo MEC a Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Essas diretrizes têm como função uma formação médica generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Outrossim, as DCN são consequência de uma articulação entre instituições médicas, universidades e representantes governamentais, baseados nos princípios do SUS, trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Esse novo modelo, denominado paradigma da integralidade aponta: (a) ênfase na saúde e não na doença (promoção, preservação e recuperação da saúde); (b) processo de ensino-aprendizagem centrado no aluno, que deve ter um papel ativo na própria formação; (c) ensino da prática no sistema de saúde em graus crescentes de complexidade e voltado para as necessidades básicas de saúde; (d) capacitação docente que considera, além da competência técnico-científica, a competência didático-pedagógica, a participação e o comprometimento no sistema público de saúde; (e) mercado de trabalho orientado para a reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços de saúde e de suas implicações éticas; (f) ênfase na formação contextualizada, levando em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população.⁴

No cenário mundial, a concepção da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) vem se destacando como uma proposta metodológica que pode contribuir significativamente para resolução dos anseios da mudança curricular do curso de médico. Há mais de 30 anos, essa proposta vem sido discutida, avaliada, criticada e defendida no Brasil. Além disso, os princípios norteadores do modelo de ensino ancorado na ABP permanecem atuais quando comparados com as demandas acerca da formação profissional do século XXI.⁵

Como exemplo de instituição adepta ao modelo ABP, pode-se citar a Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), que tem como preocupação central a inter-relação dos conhecimentos sem superposição de conteúdos. Esta proposta é desenvolvida em estruturas de módulos obrigatórios, e/ou atividades acadêmicas complementares, com graus de complexidade crescente, obedecendo os objetivos do processo de formação, como por exemplo exercer a medicina com base em evidências científicas. A instituição possui quatro eixos temáticos, são eles: Ética da Vida e da Liberdade, Evolução Humana, Atitudes e Relações Humanas, e Desequilíbrios do Processo Saúde/Ambiente.

Com base nas pesquisas feitas na última década, através de uma busca entre 91 artigos, utilizando base de dados medlife, scielo, lilacs e Cochrane, sendo utilizando os termos medicina, graduação e ABP, observou-se que o uso do ABP na graduação médica é uma alternativa para implementação das novas diretrizes, como por exemplo: Capítulo 1

Artigo 4º que diz que: A formação do graduado em Medicina desdobrar-se-á nas seguintes áreas: I - Atenção à Saúde; II - Gestão em Saúde; e III - Educação em Saúde. Porém, a efetividade desse método não depende apenas de ações relacionadas ao planejamento e à gestão curricular. Depende também da harmonização entre o currículo e a realidade profissional, para que haja reorientação dos saberes e das práticas tanto no espaço acadêmico quanto fora dele.⁵

Conforme a necessidade, professores do mundo todo focaram na busca por novas estratégias para melhorar a qualidade dos métodos de ensino, adequando-se, assim, às exigências, em que o mercado de trabalho submete o profissional de saúde, de realizar diagnóstico e tratamento em tempo cada vez mais limitado. Porém, ultimamente, observa-se um grande aumento do número de Faculdades de Medicina, o que dificulta o desenvolvimento dessas estratégias de preceptoria, pois ocorre um aumento da quantidade de estudantes para um único preceptor.⁶

Apenas o domínio do conhecimento não é o suficiente para o bom desempenho da docência. O preceptor deve dar ênfase no processo de aprendizagem, objetivando o desenvolvimento do estudante de forma integral, por conseguinte, além do domínio cognitivo, são também valorizados os domínios afetivo-emocional (desenvolvimento da capacidade de conhecer-se e relacionar-se de forma ética com tudo que o cerca) e o psicomotor (desenvolvimento de habilidades e atitudes).⁷

O entendimento da relação entre o preceptor e o estudante é um ponto fundamental para o aprimoramento do método de ensino. Para uma boa relação preceptor/estudante, é importante aceitar e valorizar todo conhecimento teórico e os sentimentos que o educando traz. Estimula-se nesta relação, o ato de pensar, construindo hipóteses e as ratificando ou retificando.

Sem o intuito de inferiorizar o estudante, o preceptor desenvolve o ato de criticar e de cuidar. A relação ideal se desenvolve quando o preceptor não é e nem pretende ser detentor único do conhecimento e da verdade. Portanto, a preceptoria foge do método tradicional clássico de educação bancária, em que o estudante é um mero depósito de informação. Distancia-se também da relação de dependência mãe-bebê, no qual o estudante apenas abre a boca para receber o leite (conhecimento) do seio materno (preceptor). Nesta metáfora,

pode-se entender a analogia entre a relação de dependência e de superioridade entre o preceptor e o educando.

Na prática, percebe-se facilmente que, no ambulatório, a hierarquização da relação preceptor-residente-graduando-usuário acontece de forma bem definida. Assim, todo o trabalho considerado físico e repetitivo é destinados aos estudantes e residentes, deixando o preceptor com o trabalho intelectual e de reflexão.⁸

Atualmente, na literatura médica, existem várias estratégias elaboradas com intuito de aprimorar o método de ensino e capacitação da preceptoria, porém poucas estratégias geram um impacto no sistema educacional. No entanto, duas estratégias se destacaram com impacto positivo na prática médica, a One Minute Preceptor (OMP), que foi desenvolvida para ensinar os alunos de forma mais efetiva, ao mesmo tempo, abordando as necessidades dos pacientes, e a SNAPPS (summarize the case, narrow the differential, analyze the differential, probe the preceptor, plan management, select na issue for self directed lerning), apresentando-se como uma forma inovadora que envolve o aluno e cria uma conversação de aprendizagem colaborativa no contexto do atendimento ao paciente.^{9 e 10}

O instrumento proposto terá como base o Manual de Preceptoria Clínica, tendo como objetivo constituir um roteiro de simples procedimentos que permite parametrizar as atividades de preceptoria e criar condições para, no futuro, avaliar a efetividade desta intervenção pedagógica tão importante.

Este método se baseia na utilização de sete passos; (1) Acolhimento – Inicia-se com a chamada ao paciente de forma gentil e educada, dirigindo-se a ele pelo nome próprio, cumprimentando-o e identificando-se como médico e os demais como estudantes. Em seguida, deve-se explicar ao paciente e seus acompanhantes que aquele é um ambiente de ensino, e solicitar a sua colaboração na sessão de ensino/consulta que vai se iniciar. Por conseguinte, deve-se utilizar a técnica do Pensar Alto, expondo assim seus pensamentos em voz alta durante toda a consulta para que os estudantes ouçam tudo o que se está raciocinando, as relações, as observações, as dúvidas, às incertezas, etc. Além disso, é importante também ter muito cuidado com ao falar, agindo com bom senso para evitar gerar ansiedade, nervosismo ou medo ao paciente e a família; (2) Ser Observado – O preceptor deve solicitar que primeiramente o paciente observe a sua consulta e observe nos mínimos detalhes tudo o que está acontecendo; (3) Observar – Consecutivamente em outra consulta, deve-se solicitar

que o estudante realize a consulta ou pelo menos parte dela para que o preceptor observe para posteriormente fazer o feedback; (4) Planejar a Conduta – O preceptor deve planejar a sua intervenção e a justificar para os estudantes, oferecendo se possível evidências científicas e referências bibliográficas; (5) Explicar para o paciente - É dever do preceptor esclarecer as razões e os detalhes das condutas tomadas ao paciente e ter certeza que o mesmo as compreendeu; (6) Ser Criticado – Posteriormente, deve-se ficar a sós com os estudantes e pedir para eles criticar o que se pode perceber de bom e correto na sua consulta e o que eles recomendariam que você modificasse para melhorar a sua consulta médica; (7) Criticar – Por conseguinte, após ouvir as críticas dos estudantes, deve-se fazer críticas sobre a consulta dos estudantes.

Porém, deve-se ser sutil ao falar, reforçando e destacando alguns aspectos positivos e bons que houveram na consulta deles. Além disso, deve-se iniciar as críticas sempre com elogios para depois explicar o que pode ser feito para melhorar sua performance.¹²

Diante do exposto, é notória a importância de uma formação acadêmica direcionada para a preceptoria clínica a fim de aperfeiçoar a relação entre o preceptor e o estudante. Pois, observa-se que a falta padronização na metodologia do ensino médico poderá afetar também os pacientes, afinal, essa fase na vida dos estudantes é caracterizada como sendo a primeira experiência real de como lidar com o paciente, absorvendo o máximo de informações, além de ser importante para construção de um perfil médico baseado em princípios éticos e de cunho humanista.

Sendo assim, um manual de preceptoria clínica poderá fornecer uma maior segurança ao preceptor no exercício de sua função como formador de uma forma efetiva e integral. O investimento na sua capacitação potencializará a efetividade do método ABP e a da preceptoria clínica. Por conseguinte, estudos focados no aprendizado médico, desde sua concepção, ampliam as possibilidades de formação de um profissional ético e reflexivo, extirpando, cada vez mais, paradigmas de alienação sobre uma medicina pragmática.

Métodos

Foi realizado estudo elaboração e validação de instrumento de avaliação da preceptoria clínica nos ambulatórios de ensino durante o período entre outubro de 2017 e julho de 2018

no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) entidade filantrópica, que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária voltado para o atendimento da população carente do Nordeste do Brasil.

Foram realizadas as seguintes etapas para a elaboração e validação do IAPC: duas etapas de validação de conteúdo, compondo o primeiro e o segundo painéis de especialistas dos quais participaram um especialista no método científico; um especialista em escalas psicométricas; um especialista no tema abordado no instrumento (preceptoria clínica) e um especialista em letras. Uma etapa de validação semântica ou FACE da qual participaram 10 estudantes de medicina da FPS, que frequentavam os ambulatórios de ensino.

Na etapa de verificação da confiabilidade do instrumento pretendeu-se envolver 10 participantes por item do instrumento de avaliação, procurando incluir estudantes de todos os períodos. (Figura 1) Os estudantes foram selecionados por conveniência. Os preceptores recebem em média quatro estudantes por dia. Foram estudadas as seguintes variáveis da condição sociodemográfica e acadêmica dos estudantes: idade, sexo, naturalidade, local da residência, estado civil, graduação prévia e período atual do curso.

Foi elaborado questionário contendo informações sobre as variáveis da condição sociodemográfica e acadêmica dos estudantes para definir as suas características de base. O IAPC foi elaborado no formato de repostas tipo Likert com 05 níveis de opção: (1) concordo totalmente, (2) concordo parcialmente, (3) nem concordo, nem discordo, (4) discordo parcialmente, (5) discordo totalmente. O instrumento original continha 14 itens agrupados em sete dimensões da seguinte forma: dimensão 1- Acolher o paciente (itens 1- . “Na preceptoria de hoje, o preceptor se dirigiu de forma gentil e educada ao paciente, cumprimentando-o e identificando-se como médico e os demais como estudantes”, o item 2- “Hoje, na preceptoria, o preceptor explicou ao paciente que ali se tratava de um ambiente de ensino e solicitou o seu consentimento para participação dos estudantes na sessão de ensino/consulta.”; item 3 “No ambulatório de hoje, o preceptor utilizou a técnica do PENSAR ALTO, compartilhando assim seu raciocínio clínico em voz alta para que os estudantes o acompanhassem” e o item 4: “Hoje, no ambulatório, o preceptor agiu com bom senso ao PENSAR ALTO, evitando gerar ansiedade ou nervosismo no paciente e na sua família.”).

Na dimensão 2 - Ser observado (item 5- “No primeiro dia do rodízio no ambulatório, o preceptor realizou a primeira consulta, solicitando aos estudantes que o observassem

durante a realização da anamnese”. E o item 6 “No primeiro dia do rodízio no ambulatório, o preceptor realizou a primeira consulta, solicitando aos estudantes que o observassem a realização do exame físico.”). Na dimensão 3 - Observar (o item 7- “Hoje, na preceptoria, o preceptor solicitou aos estudantes que realizassem a consulta ou parte dela sob sua observação.”), dimensão 4- Planejar Conduta (itens 8- “No ambulatório de hoje, o preceptor utilizou o PENSAR ALTO, expressando seu raciocínio clínico em voz alta para planejar as intervenções, justificando suas decisões para os estudantes; item 9- “No ambulatório de hoje, utilizou o PENSAR ALTO, expressando seu raciocínio clínico em voz alta para planejar a intervenção, justificando suas decisões para os estudantes.” E o item 10 “No ambulatório de hoje, o preceptor ofereceu opções de fontes de leitura para o estudo dos casos atendidos”). Na dimensão 5 – Explicar ao paciente (o item 11 “Hoje, no ambulatório o preceptor esclareceu ao paciente as razões e os detalhes das condutas tomadas e certificou-se que o mesmo compreendeu.”). Na dimensão 6 – Ser Criticado (o item 12 “O preceptor, no ambulatório de hoje, dedicou um momento a sós com os estudantes, após a consulta, para dar espaço a críticas, observações e dúvidas.”) e dimensão 7 - Criticar (itens 13 “No ambulatório de hoje, o preceptor destacou aspectos positivos e negativos na consulta dos estudantes, ajudando-os a melhorar seu desempenho.”; e o item 14 “. Hoje, o preceptor do ambulatório, ao destacar observações sobre o desempenho dos estudantes, iniciou as críticas com elogios para depois abordar o que pode ser feito para melhorar.”).

A partir das informações dos questionários foi construído o banco de dados, em dupla entrada, no programa estatístico de domínio público Excel 10. Para a verificação da consistência dos dados foi utilizado o Data Compare, módulo do Epi Info. Para a análise da qualidade da preceptoria clínica foi utilizado o escore médio geral, ou seja, a média aritmética do conjunto total das respostas da escala e a média aritmética do conjunto das respostas dos itens que compunham cada dimensão para definir os seus escores médios. Foram atribuídos graus às avaliações segundo os seguintes pontos de corte: 0=baixa qualidade ($EM \leq 3,0$), 1=boa qualidade ($EM > 3,0$ e $\leq 4,0$) e 2=ótima qualidade ($EM > 4,0$). Para a avaliação da confiabilidade do instrumento foi realizada a análise da consistência interna das respostas foi realizado o teste de alfa de Cronbach, considerando como válido valor entre 0,70 e 0,90 e para a verificação da estabilidade do instrumento foi realizada a comparação dos escores

médios da primeira e segunda aplicações utilizando o teste *t* Student, considerando nível de significância de 5,0%.

Para a avaliação das características de base dos participantes foi verificada a distribuição de frequência das variáveis categóricas (percentual) e medida de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas (valor mínimo e máximo, mediana e intervalo interquartil).

A pesquisa obedeceu aos critérios éticos da Resolução 466 de Dezembro de 2012. Os componentes do painel de especialistas e os estudantes que participaram da pesquisa foram incluídos na pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após esclarecimentos quanto à finalidade do estudo. (Apêndice 2 e 3). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Faculdade Pernambucana de Saúde e o estudo só teve início após avaliação e aprovação deste Comitê. CAAE: 73049317.0.0000.5569

Resultados

Em relação à etapa de validação de conteúdo, o instrumento de avaliação da preceptoria clínica passou pelo primeiro painel de especialistas composto por: um especialista na área de educação médica, um especialista em metodologia científica, um especialista em Letras e os autores do instrumento.

As mudanças realizadas segundo o critério de consenso a partir do painel de especialistas e da validação FACE encontra-se nas tabelas 1 e 2. Foram as seguintes: foi trocado o título de “*Questionário para a avaliação da qualidade da preceptoria clínica no ambulatório (QAPC)*” por “*Instrumento de avaliação do cumprimento dos sete passos da preceptoria clínica nos ambulatórios de ensino do IMIP (IAPC)*”. Foi mudada a ordem das dimensões: A dimensão 1 que era “Acolher o paciente” passou a ser dimensão 3 que era “observar” e vice-versa. Na dimensão 3 “Acolher o paciente” foi retirado o 4º item “Hoje, no ambulatório, o preceptor agiu com bom senso ao PENSAR ALTO, evitando gerar ansiedade ou nervosismo no paciente e na sua família” e adicionado algo do seu conteúdo ao 6º item que ficou da seguinte forma: “Durante a preceptoria de hoje, o preceptor utilizou a técnica do PENSAR ALTO (*reasoning*), ou seja, compartilhou seu raciocínio clínico em voz alta para que os estudantes pudessem acompanhá-lo e agiu com ética e bom senso, evitando gerar ansiedade ou nervosismo no paciente e na sua família”. Na dimensão 5

“explicar ao paciente” foi acrescentado o seguinte item: “Durante a preceptoria de hoje, o preceptor esclareceu ao paciente ou responsável as razões e os detalhes das condutas tomadas (exames complementares, pareceres, tratamento, etc) e certificou-se que o mesmo compreendeu.”.

Na dimensão 3 “Acolher o paciente” no seu item 5 foram trocadas as frases “ali se tratava de um ambiente de ensino” por “se tratava de um ambulatório de ensino” e “o seu consentimento” por “a sua concordância”. Na dimensão 6 item 12 foram trocadas as seguintes frases “no ambulatório de hoje” por “durante a preceptoria de hoje” e “a sós” por “reservado”. No item 13 da dimensão 7 foi trocada a frase “no ambulatório de hoje” por “durante a preceptoria de hoje” e adicionado a frase “realizou feedback” e foi retirada a frase “ajudando-os a melhorar seu desempenho”. O item 14 da mesma dimensão foi reescrito para melhor compreensão, de “Hoje, o preceptor do ambulatório, ao destacar observações sobre o desempenho dos estudantes, iniciou as críticas com elogios para depois abordar o que pode ser feito para melhorar” para “Durante a preceptoria de hoje, o preceptor realizou o feedback, iniciando com os elogios, para só depois abordar o que pode ser feito para melhorar.”

Após essa etapa, foi realizada a validação semântica ou FACE por meio da aplicação do instrumento a dez estudantes de medicina do 5º e 7º períodos da FPS, os quais frequentavam os ambulatórios de ensino no IMIP, para discussão da inteligibilidade do instrumento. Os estudantes foram estimulados não só a responder ao instrumento, mas também a relatar as dificuldades de compreensão e dar sugestões para a mudança do texto. A compreensão do texto foi verificada até que todas as sentenças fossem compreendidas pelos estudantes. Da mesma forma, só foram realizadas as modificações que obtiveram o consenso do grupo.

Foram as seguintes as modificações de consenso sugeridas pelos estudantes: Na Dimensão 1 (Observar), no item 1 foi trocada a frase “No primeiro dia do rodízio no ambulatório...” por “No seu primeiro dia de ambulatório de ensino...” e “do paciente” e o termo “durante” e retirou “realização da”. No item 2 foi adicionado “o seu primeiro dia de ambulatório de ensino”, “solicitou”, “durante o” e “do paciente”. Retirou o “na realização”. Na dimensão 4 (planejar conduta), no item 8 foi trocada a frase “sugeri opções de fontes para estudo” por “estimulou o estudo de casos e sugeri opções de fontes para leitura”. Nas demais Dimensões e itens não houve alterações.

A versão obtida após as modificações feitas pelos estudantes foi avaliada pelo segundo painel de especialistas, composto pelos mesmos participantes do primeiro, com o intuito de avaliar a pertinência do conteúdo após as modificações sugeridas pelos estudantes e concordaram com as modificações.

Na sua versão final, o instrumento permaneceu com a seguinte estrutura: 7 dimensões, 13 itens e uma questão aberta. Na Dimensão 1 Observar (Itens 1 “Durante o seu primeiro dia de ambulatório de ensino, na realização da primeira consulta, o preceptor solicitou aos estudantes que o observassem durante a anamnese do paciente” e item 2 “Durante o seu primeiro dia de ambulatório de ensino, na realização da primeira consulta, o preceptor solicitou aos estudantes que o observassem durante o exame físico do paciente”); Na dimensão 2 Ser observado (O Item 3 “Durante a preceptoría de hoje, o preceptor solicitou aos estudantes que realizassem a consulta, ou parte dela, sob sua observação”), na dimensão 3 Acolher o Paciente (os itens 4 “. Durante a preceptoría de hoje, o preceptor se dirigiu de forma educada ao paciente, cumprimentando-o e identificando-se”; 5 “Durante a preceptoría de hoje, o preceptor explicou ao paciente que se tratava de um ambulatório de ensino e solicitou a sua concordância para participação dos estudantes na consulta.”; e 6” Durante a preceptoría de hoje, o preceptor utilizou a técnica do PENSAR ALTO (*reasoning*), ou seja, compartilhou seu raciocínio clínico em voz alta para que os estudantes pudessem acompanhá-lo e agiu com ética e bom senso, evitando gerar ansiedade ou nervosismo no paciente e na sua família”); Na dimensão 4 Planejar conduta (Itens 7 “Durante a preceptoría de hoje, o preceptor utilizou o PENSAR ALTO, expressando seu raciocínio clínico em voz alta para planejar as intervenções, justificando e explicando as suas decisões aos estudantes.”; e 8 “Durante a preceptoría de hoje, o preceptor estimulou o estudo de casos e sugeriu opções de fontes para leitura.”); Na dimensão 5 Explicar ao paciente (Itens 9” Durante a preceptoría de hoje, o preceptor esclareceu ao paciente ou responsável os problemas identificados e/ou as hipóteses diagnósticas mais prováveis.”; e 10 “Durante a preceptoría de hoje, o preceptor esclareceu ao paciente ou responsável as razões e os detalhes das condutas tomadas (exames complementares, pareceres, tratamento, etc) e certificou-se que o mesmo compreendeu.”); Na dimensão 5 Criticar (O item 11” . Durante a preceptoría de hoje, o preceptor dedicou um momento reservado com os estudantes, após a consulta, para dar espaço às observações, dúvidas e críticas dos estudantes.”) e na dimensão 6 Ser criticado (Itens 12” Durante a

preceptoria de hoje, o preceptor realizou feedback das consultas realizadas pelos estudantes, destacando os aspectos positivos e negativos” ; e 13” Durante a preceptoria de hoje, o preceptor realizou feedback das consultas realizadas pelos estudantes, iniciando com os elogios, para só depois abordar o que pode ser feito para melhorar”)

A verificação da confiabilidade por meio da análise da consistência interna do instrumento foi feita através de sua aplicação a 120 estudantes dos 5º e 7º períodos do curso de medicina, sendo 73 estudantes do 5º e 47 do 7º, obtendo-se um Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,81.

Além disso, foi verificada a estabilidade do instrumento por meio do teste e reteste, com a aplicação do questionário a 60 estudantes, os quais participaram da primeira etapa de validação estatística. O intervalo entre uma aplicação e outra foi de aproximadamente 15 dias. Quando comparados os escores médios das respostas do primeiro grupo (teste) com as do segundo grupo (reteste) não houve diferença estatisticamente significante (EM1=3,907 e EM2= 3,920 p=0,9139), indicando estabilidade da escala.

Quanto às características sociodemográficas dos estudantes envolvidos no processo de validação do estudo atual, foi observado que a maior parte deles era do sexo feminino e solteira (65,0% e 97,5%, respectivamente) e naturais de Pernambuco (92,5%). A idade variou de 19 a 36 anos com mediana de 21 anos (IQR= 20 anos a 23 anos). Apenas 12 estudantes referiram graduação prévia (10,0%).

Em relação ao resultado da avaliação durante o processo de validação do instrumento foi observado que, no geral, levando-se em conta o conjunto de todas as respostas os estudantes atribuíram à preceptoria clínica ótima qualidade (EM=4,04). Considerando por dimensão foram observados os seguintes resultados: Dimensão 1 (Observar), a 2 (Ser observado), a 3 (Acolher o paciente) e a 5 (Explicar ao paciente) consideradas de ótima qualidade (EM=4,28; 4,40; 4,10 e 4,65 respectivamente – grau 2) e as dimensões 4 (Planejar conduta), a 6 (Ser criticado) e a 7 (Criticar) foram avaliadas como de boa qualidade (EM=3,97; 3,80 e 3,23 respectivamente – grau 1). Nenhuma apresentou avaliação de baixa qualidade (EM<3,0).

Discussão

Na preceptoria clínica, o docente deve estar focado no processo de aprendizagem. Esse processo deve contemplar o estudante de forma integral, ou seja, além do domínio cognitivo, valorizar também os domínios afetivo-emocional e psicomotor. Desse modo, a existência de um instrumento de avaliação pode em muito contribuir para melhorar a qualidade da preceptoria, valorizando os seus aspectos positivos e identificando possíveis falhas para servir como base para a elaboração de estratégias de desenvolvimento docente.

Embora existam alguns instrumentos de avaliação da qualidade da preceptoria, o foco é mais no preceptor e suas condições de trabalho, ao invés, de no processo de aprendizagem, ou seja, na relação docente estudante.⁸ Com isso, ressalta-se a necessidade de explorar o processo de preceptoria de forma mais ampla, o que levou à motivação para formular um novo instrumento de avaliação.

Como dito anteriormente, diversos estudos de avaliação da preceptoria em ABP são baseados nas percepções dos professores especialistas ou tutores. Entretanto, é bastante provável que os especialistas não experimentem as qualidades e defeitos da preceptoria da mesma forma que os estudantes. Dado que os estudantes são os “usuários” dos processos e estratégias de aprendizagem é razoável inferir que sejam capazes de avaliar as suas qualidades e proporcionem uma visão fidedigna das falhas existentes.³

Em relação aos resultados obtidos durante o processo de validação do instrumento foi observado que o escore médio geral das avaliações foi de 4,04 apontando para preceptoria clínica de ótima qualidade ($EM > 4,0$ - grau 2).

Apesar dessa boa avaliação, sabe-se que os preceptores não recebem capacitação de forma regular quanto ao seguimento dos sete passos da preceptoria clínica. Indaga-se então, a possibilidade de contaminação da avaliação por parte dos estudantes, uma vez que nos ambulatórios de um hospital escola como o IMIP existe um ambiente, no geral, propício à aprendizagem, mesmo que necessariamente não esteja relacionada com uma sistematização e seguimentos de etapas quanto ao processo. Pode ter ocorrido também pela característica solícita dos preceptores, visto que, um preceptor solícito pode sim estimular o estudante no processo de aprendizado, mas não quer dizer que o preceptor esteja seguindo a sistematização dos 7 passos.

Deve ser ressaltado, com relação a dimensão 1 (observar), especialmente no item 2 (“Durante o seu primeiro dia de ambulatório de ensino, na realização da primeira consulta, o

preceptor solicitou aos estudantes que o observassem durante o exame físico do paciente”), pode ter havido interpretação equivocada quanto a colocação: “durante o seu primeiro dia de ambulatório...”, pois, alguns entrevistados questionaram sobre ser o primeiro ambulatório do semestre ou o primeiro do curso.

Deve ser pontuado sobre o elevado número de estudantes que não responderam a questão 14, que é aberta, impossibilitando a análise dos seus resultados.

No que se refere ao restante das dimensões e seus respectivos itens, o feedback dado pelos estudantes a cerca da interpretação e aplicabilidade do instrumento de avaliação foi relevante, evidenciando enorme interesse por parte dos entrevistados. Diversas mudanças na etapa de validação semântica foram de extrema importância na aplicação do instrumento, dando maior dinamismo ao processo, como por exemplo a mudança da ordem das dimensões “acolher” e “observar”, esta, que se tornou a primeira.

Vale ressaltar ainda que, a dimensão melhor avaliada foi a 5 (explicação ao paciente), demonstrando que a maioria dos preceptores esclarecem ao paciente os problemas identificados, suas hipóteses diagnósticas e as condutas, garantindo ao paciente conhecimento acerca de seu caso.

Ao somar os aspectos observados e, considerando as etapas de validação de conteúdo, semântica, além dos resultados do Alfa de Cronbach e do teste e reteste conclui-se que o instrumento é válido, confiável e estável. Acredita-se ser possível a sua utilização em instituições que utilizam a metodologia ABP, contribuindo para a construção de uma adequada preceptoria clínica que cumpra a sua tarefa de facilitar a aquisição pelo estudante das competências exigidas.

1-DOLMANS DH, Diana; DE GRAVE, Williem; WOLFHAGEN IH, Ineke; VAN DER VLEUTEN, Cees. Problem-based learning: future challenges for educational practice and research. *Medicine Education*. Holanda. v. 39, n.7, p. 732-41. Julho, 2005.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15960794>>

2 IRBY, M. Davi, Teaching and Learning in Ambulatory Care Settings: A thematic review of the Literature. **Academic Medicine**. Estados Unidos, v.70, n.10. Outubro, 1995. Disponível em:

< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7575922>>. Acesso em: 23 de abril de 2017.

3 AUTONOMO, Francine Ramos de Oliveira Moura; HORTALE, Virginia Alonso.; SANTOS, Gideon Borges dos; BOTTI, Sergio Henrique de Oliveira Preceptor na formação medica e multiprofissional com ênfase na atenção primária – Analise das publicações Brasileiras. **Revista de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 39, n.2, p. 316-327, 2015. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n2/1981-5271-rbem-39-2-0316.pdf>>

4 - GEORGES RESTOM, Abrão; RIECHELMANN, José Carlos; MENEZES PEIXEIRO MACHADO, Valéria; MARTINS MACHADO, José Lúcio. Representação Social das Vivências de Estudantes no Curso de Medicina. **Revista brasileira de educação médica**. Rio de Janeiro. v.39, n.3, p. 370-377. Julho, 2015.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n3/1981-5271-rbem-39-3-0370.pdf>>

5 - GOMES, Romeu; DE FARIA BRINO, Rachel; GUERRA AQUILANTE, Aline; RETO DA SILVA DE AVÓ, Lucimar. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro. v.33, n.3, p. 444-451. Julho, 2009.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/14.pdf>>

FORTES MENDONÇA, Erasto. **Ministério da Educação Conselho Nacional De Educação Superior**. Resolução Nº 3. Junho, 2014.

Disponível em: <<http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>>

6 CHEMELLO, Diego; MANFROI, Waldomiro Carlos Manfrói; MACHADO BEZERRA, Carmen Lúcia Bezerra; O papel do preceptor no ensino médico e o modelo Preceptor em um minuto. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 33, n.4, p.664-669, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000400018>

7 e 10 FALBO, Gilliatt. **Manual da Preceptoría Clínica**. Séries Publicações Técnicas do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira- IMIP, n.15) Recife, 2006.

8 BARRETO, Hugo L.B; MONTEIRO, Regina O. Da Silva; MAGALHÃES, Gustavo Sérgio de Godoy; ALMEIDA, Rodrigo C.C. de; SOUZA, Lara Neves. Papel do Preceptor da Atenção Primária em Saúde na Formação da Graduação e PósGraduação da Universidade Federal de Pernambuco – um Termo de Referência. **Revista de Educação Médica. Rio de Janeiro, v. 35, n.4, p. 578-583, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000400019.

9 CAYLEY, William E. Jr. Effective Clinical Education: Strategies for Teaching Medical Students and Residents in the Office. **Wisconsin Medical Society**. [S.l], v. 110, n.4, p. 178-81, Ago 2011. Disponível em: <http://www.wisconsinmedicalsociety.org/WMS/publications/wmj/pdf/110/4/178.pdf>

*10*Teherani A¹, O'Sullivan P, Aagaard EM, Morrison EH, Irby DM. Student perceptions of the one minute preceptor and traditional preceptor models. **Medical Teacher**. Reino Unido. Maio, v. 29, n. 4, p. 323-327, 2007. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17786745>.

7 e 12 FALBO, Gilliatt. **Manual da Preceptoría Clínica**. Séries Publicações Técnicas do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira- IMIP, n.15) Recife, 2006.

*11- Wolpaw TM, Wolpaw DR, Papp KK. SNAPPS: a learner-centered model for outpatient education. **Academic Medicine**. Estados Unidos. V.78, n.9, p.893-8, Setembro, 2003. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14507619>>

*13- OLIVEIRA, Luciel Henrique de. Exemplo de cálculo de Ranking Médio para Likert. Notas de Aula. **Metodologia Científica e Técnicas de Pesquisa em Administração**. Mestrado em Adm. e Desenvolvimento Organizacional. PPGA CNEC/FACECA: Varginha, 2005.

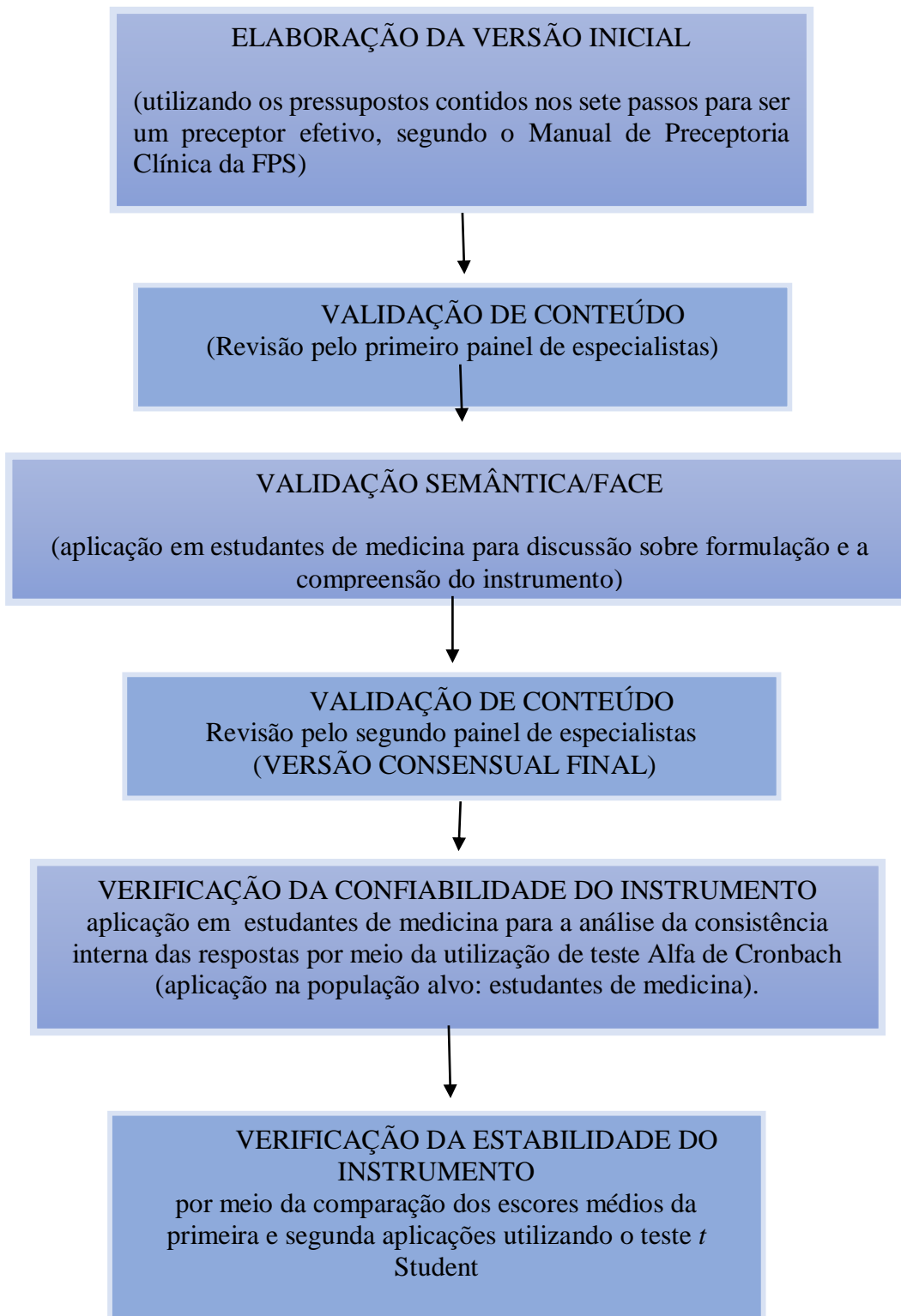


Figura 1 - Fluxograma do processo de elaboração e pré-validação do instrumento para avaliação da qualidade do feedback do tutor para o estudante no grupo tutorial

Tabela 1

Alterações sugeridas para o instrumento pelo primeiro painel de especialistas	
Item original	Item modificado
“Ali se tratava de um ambiente de ensino?”	“Se tratava de um ambulatório de ensino?”
“No ambulatório de hoje?”	“Durante a preceptoria de hoje”
“O seu consentimento”	” A sua concordância”
“a sós”	“reservado”
“Hoje, o preceptor do ambulatório, ao destacar observações sobre o desempenho dos estudantes, iniciou as críticas com elogios para depois abordar o que pode ser feito para melhorar”	“Durante a preceptoria de hoje, o preceptor realizou o feedback, iniciando com os elogios, para só depois abordar o que pode ser feito para melhorar?”

Tabela 2 FACE

Alterações sugeridas para o instrumento pelo primeiro painel de especialistas	
Item original	Item modificado
“Durante a realização da primeira consulta do ambulatório de ensino”	“ Durante o seu primeiro dia de ambulatório de ensino, na realização da primeira consulta”
“. Durante a realização da primeira consulta do ambulatório de ensino o preceptor solicitou aos estudantes que o observassem na realização do exame físico”	“Durante o seu primeiro dia de ambulatório de ensino, na realização da primeira consulta, o preceptor solicitou aos estudantes que o observassem durante o exame físico do paciente”

“Durante a preceptoria de hoje , o preceptor sugeriu opções de fontes para o estudo” ” Durante a preceptoria de hoje, o preceptor estimulou o estudo de casos e sugeriu opções de fontes para leitura”

Instrumento de avaliação do cumprimento dos sete passos da preceptoria clínica nos ambulatórios de ensino do IMIP. (IAPC)

Este instrumento tem por objetivo conhecer a sua opinião sobre o cumprimento dos sete passos da preceptoria clínica nos ambulatórios de ensino do IMIP.

Instruções para as respostas:

Para cada assertiva escolha apenas uma das cinco opções de respostas conforme a sua opinião.

Dimensão 1 – Observar

1. Durante o seu primeiro dia de ambulatório de ensino, na realização da primeira consulta, o preceptor solicitou aos estudantes que o observassem durante a anamnese do paciente.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Não concordo e nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

2. Durante o seu primeiro dia de ambulatório de ensino, na realização da primeira consulta, o preceptor solicitou aos estudantes que o observassem durante o exame físico do paciente.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Não concordo e nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

Dimensão 2 – Ser Observado

3. Durante a preceptoria de hoje, o preceptor solicitou aos estudantes que realizassem a consulta, ou parte dela, sob sua observação.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Não concordo e nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

Dimensão 3 - Acolher o paciente

4. Durante a preceptoria de hoje, o preceptor se dirigiu de forma educada ao paciente, cumprimentando-o e identificando-se.

1. () Discordo totalmente
2. () Discordo parcialmente
3. () Não concordo e nem discordo
4. () Concordo parcialmente
5. () Concordo totalmente

5. Durante a preceptoria de hoje, o preceptor explicou ao paciente que se tratava de um ambulatório de ensino e solicitou a sua concordância para participação dos estudantes na consulta.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Não concordo e nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

6. Durante a preceptoria de hoje, o preceptor utilizou a técnica do PENSAR ALTO (*reasoning*), ou seja, compartilhou seu raciocínio clínico em voz alta para que os estudantes pudessem acompanhá-lo e agiu com ética e bom senso, evitando gerar ansiedade ou nervosismo no paciente e na sua família.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Não concordo e nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

Dimensão 4 – Planejar a conduta

7. Durante a preceptoria de hoje, o preceptor utilizou o PENSAR ALTO, expressando seu raciocínio clínico em voz alta para planejar as intervenções, justificando e explicando as suas decisões aos estudantes.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Não concordo e nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

8. Durante a preceptoria de hoje, o preceptor estimulou o estudo de casos e sugeriu opções de fontes para leitura.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Não concordo e nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

Dimensão 5 – Explicar ao paciente

9. Durante a preceptoria de hoje, o preceptor esclareceu ao paciente ou responsável os problemas identificados e/ou as hipóteses diagnósticas mais prováveis.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Não concordo e nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

10. Durante a preceptoria de hoje, o preceptor esclareceu ao paciente ou responsável as razões e os detalhes das condutas tomadas (exames complementares, pareceres, tratamento, etc) e certificou-se que o mesmo compreendeu.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Não concordo e nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

Dimensão 6 – Ser Criticado

11. Durante a preceptorial de hoje, o preceptor dedicou um momento reservado com os estudantes, após a consulta, para dar espaço às observações, dúvidas e críticas dos estudantes.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Não concordo e nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

Dimensão 7 – Criticar

12. Durante a preceptorial de hoje, o preceptor realizou feedback das consultas realizadas pelos estudantes, destacando os aspectos positivos e negativos.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Não concordo e nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

13. Durante a preceptorial de hoje, o preceptor realizou feedback das consultas realizadas pelos estudantes, iniciando com os elogios, para só depois abordar o que pode ser feito para melhorar.

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Não concordo e nem discordo
4. Concordo parcialmente
5. Concordo totalmente

14. Descreva aspectos que você gostaria de expressar sobre a preceptorial clínica nos ambulatórios de ensino do IMIP e que não foram contemplados nas assertivas anteriores:
