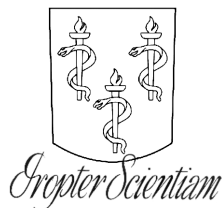


ISSN 1806-5031

CADERNOS DA ABEM

O preceptor por ele mesmo

VOLUME 9
OUTUBRO / 2013



Copyright Associação Brasileira de Educação Médica
Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida por
qualquer meio, sem a prévia autorização deste órgão.

Editor

Derly Silva Streit

Conselho editorial

Profª Derly Silva Streit

Profª Denise Herdy Afonso

Profª Lia Márcia Cruz da Silveira

Normatização

Danielle Torres de Souza

Revisão Gramatical

Fani Knoploch

Capa

Foto: Denise Herdy Afonso

Arte Final: Rafael Lima da Silva

Diagramação e Formatação

Abreu's System

Impressão

Mangava Comercial Ltda.

Secretaria Executiva

Toda correspondência e submissão de trabalhos deverão ser
encaminhados à Secretaria Executiva, no endereço abaixo:

Av. Brasil, 4036 - Sala 1008 - Manguinhos | CEP: 21040-361 / Rio
de Janeiro - RJ

Tel: (21) 2260-6161 / 2573-0431 | Fax: (21) 2260-6662 | E-mail:
secretaria@abem-educmed.org.br

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação
Biblioteca da Associação Brasileira de Educação Médica

Cadernos da ABEM

Associação Brasileira de Educação Médica. – Vol. 9 (outu-
bro 2013) – Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação
Médica, 2013.

Anual
ISSN 1806-5031

I. Educação Médica. II. Associação Brasileira de Educação
Médica

Tiragem 1000 exemplares

Indexada em:

Sumários de Revistas Brasileiras: Sumários.org

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ABEM

Conselho Diretor

Diretora Presidente - Profª. Jadete Barbosa Lampert (UFSM/
UNISC)

Diretor Vice-Presidente - Prof. Francisco Barbosa Neto (UERJ/
Unigranrio)

Diretor Tesoureiro - Prof. Vardeli Alves de Moraes (UFG)

Diretor Secretário - Prof. Sigisfredo Luis Brenelli (UNICAMP)

Diretora Executiva - Profª Derly Silva Streit (FMP)

Diretores Regionais

Regional Centro-Oeste

Antonio José de Amorim (UFMT)

Regional Norte

Neila Falcone da Silva Bomfim (UFAM)

Regional Nordeste

Maria Goretti Frota Ribeiro (UFC)

Regional Minas Gerais

Geraldo Cury (UFMG)

Regional Rio de Janeiro e Espírito Santo

Julio César Soares Aragão (UNIFOA)

Regional São Paulo

Lucia Christina Iochida (UNIFESP - EPM)

Regional Sul I

Sandro Schreiber de Oliveira (FURG/UCPEL)

Regional Sul II

Maria Cristina Mazzetti Subtil (UNIPLAC)

Representantes dos Coordenadores Regionais

Discente Titular do curso graduação

Gabriel Martins Cruz Campos (FCMMG)

Discente Suplente do curso graduação

Pauline Elias Josende (UFCSPA)

Médico Residente Titular

Pedro Tadao Hamamoto Filho (UNESP)

Médico Residente Suplente

Túlio Cícero Franco Farret (PUC-RS)

ABEM

Av. Brasil, 4036 / salas 1006 a 1008

Rio de Janeiro – RJ – 21040-361

Tel: (21) 2260-6161 – 2573-0431

Fax: (21) 2260-6662

Internet: www.abem-educmed.org.br

e-mail: abem@abem-educmed.org.br

RELAÇÃO DOS CENTROS COLABORADORES E SEUS RESPECTIVOS CAPÍTULOS

Universidade Federal do Acre

Título: *A importância da regulamentação da preceptoria para a melhoria da qualidade dos Programas de Residência Médica na Amazônia Ocidental*

Universidade Federal da Bahia

Título: *Como Promover o Reconhecimento da Função de Preceptor da Residência Médica? Como promover uma boa formação para os nossos residentes? Estratégias de Enfrentamento - Sínteses dos Grupos “Aprendendo a Ensinar” e “Mosaico”*

Universidade Federal do Ceará

Título: *Preceptor de Residência Médica: funções, competências e desafios. A contribuição de quem valoriza porque percebe a importância: nós mesmos!*

Universidade Federal de Goiás

Título: *Competências da Preceptoria na Residência Médica*

Universidade Federal do Maranhão

Título: *O ensino e a assistência: a valorização e reconhecimento da preceptoria na Residência Médica do Maranhão*

Universidade Federal de Mato Grosso

Título: *Integração do ensino no serviço e comunidade: do curso para preceptores de Residência Médica da ABEM até a valorização da preceptoria no estado de Mato Grosso*

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Título: *Motivação e Comprometimento: Fatores que contribuem para efetivo processo ensino-aprendizagem na Residência Médica*

Universidade Federal do Pará

Título: *Valorização da Preceptoria de Residência Médica na Região Amazônica*

Universidade Federal de Pernambuco

Título: *Residência Médica em Pernambuco: reflexão de um grupo de preceptores sobre cenários e atores*

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Título: *Estratégias de valorização e capacitação pedagógica do preceptor da Residência Médica*

Universidade Federal de Roraima

Título: *Desafios da Preceptoria na Residência Médica no Lado de Cima do Equador: Experiência em Roraima*

Universidade Federal do Tocantins

Título: *Estratégias para melhorar a logística e a formação do preceptor de Residência Médica*

Agradecimentos:

Ao **Telessaúde UERJ** que disponibilizou para a ABEM, gratuitamente, não só sua plataforma que sustentou o Ambiente Virtual de Aprendizagem para todos os cursos, mas também, toda equipe de gerenciamento da mesma. E aos queridos artistas, palhaços, professores do **Grupo Roda Gigante** que com alegria e sensibilidade nos ensinaram que a emoção e a criatividade conectadas a razão nos torna melhores pessoas, nosso agradecimento e admiração.

APRESENTAÇÃO

É com muita satisfação que apresentamos o resultado de mais uma iniciativa exitosa de nossa Associação Brasileira de Educação Médica.

Num momento tão conturbado da formação e da assistência médica em nosso país, a produção que ora se apresenta se configura como um raio de luz e esperança em meio a uma forte tempestade.

Tradicionalmente, em seus 50 anos de existência, a ABEM investiu esforços e recursos em ações e propostas para a qualificação da formação médica mais diretamente relacionadas aos cursos de graduação em Medicina. Nos últimos três anos, a Associação vem se envolvendo, sistematicamente, no movimento de qualificação da residência médica.

A proposta de construção de um projeto da ABEM voltado para a capacitação/desenvolvimento da preceptoria foi idealizada e construída pelo professor João Jose Néves Marins, durante o ano de 2010, quando ocupava o cargo de diretor executivo da ABEM. Essa proposta, que tinha como foco a capacitação/desenvolvimento da preceptoria para o internato em Medicina, buscou apoio na SGTES/MS/Opas e teve sua aprovação em outubro de 2010, com prazo de dois anos para sua execução.

Em outubro de 2010, a atual Diretoria da ABEM assumiu a gestão da Associação e recebe a feliz incumbência de executar o referido projeto. Nessa ocasião, a SGTES/MS estava implementando o Pró-Residência, com expressiva ampliação de programas de residência médica no País.

Sabidamente, a qualidade de um programa de residência médica está diretamente relacionada à qualidade de sua preceptoria, e a SGTES viu nesta proposta da ABEM uma oportunidade de contribuir para a qualificação dos PRM do Pró-Residência. Assim, em dezembro de 2010, a Diretoria da ABEM é convidada a discutir a possibilidade de adequar a proposta do projeto a preceptores de residência médica, em especial aos do Pró-Residência.

Diante do novo desafio, novas estratégias se fizeram necessárias: convidamos as professoras Denise Herdy Afonso da UERJ e Lia Marcia Cruz da Silveira da UFRJ que construíram o novo desenho de curso. Assim, em agosto de 2011, iniciamos a nova proposta, denominada de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria na Residência Médica. A proposta, abaixo descrita, proporcionou a construção dos conhecimentos e intervenções apresentados nos doze capítulos que compõem esta publicação.

O Projeto de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria na Residência Médica desenvolveu-se por meio de dois cursos de aperfeiçoamento na modalidade semipresencial: Formação de Tutores (uma turma de 24 tutores) e Formação de Preceptores (24 turmas de 12 a 15 preceptores, com capacitação de 320 preceptores de residência médica). Os cursos foram desenvolvidos em parceria com 12 universidades federais, em locais estratégicos das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que se constituíram como **Centros Colaboradores do Projeto**.

Os cursos tiveram como princípios orientadores as Diretrizes do SUS e as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Medicina, tendo como base uma concepção pedagógica problematizadora, que enfatizava a aprendizagem na ação e a Educação de Adultos. Foram estruturados em três eixos – cuidado, educação e gestão do trabalho em saúde –, integrando em seu desenvolvimento temáticas como: modelos de atenção integral, de formação profissional e de gestão em saúde; concepções pedagógicas, planejamento educacional; motivação e liderança; gestão do tempo e de projetos; gerenciamento de conflitos; metodologias ativas de ensino-aprendizagem; manejo de grupos; educação continuada e educação permanente; princípios e métodos de avaliação formativa e somativa.

Os 12 artigos aqui apresentados foram produzidos pelos preceptores, sob orientação de seus tutores, orientadores de aprendizagem e supervisores, com revisão dos coordenadores do projeto. Resultaram da síntese de 24 turmas, agrupadas por Centro Colaborador, com base na identificação de problemas relacionados à prática da preceptoria, discutidos e trabalhados, presencialmente e no ambiente virtual de aprendizagem, ao longo dos cinco meses de duração de cada curso. São fruto da experiência de cada profissional na atividade de preceptorar, exercitada no dia a dia dos serviços, no ofício que aprenderam a partir da própria experiência como residente ou mirando-se no modelo de preceptor que tiveram e na construção de uma trajetória pessoal de preceptor – trajetória, na maioria das vezes, solitária, intuitiva e autorreferida.

Todos aqueles que um dia acordaram preceptores hoje não se sentirão mais solitários! Esperamos que a contribuição de cada palavra, fruto da reflexão e semente de novos tempos, traga a identidade daqueles que ensinam em serviço.

Com a palavra, os preceptores do Brasil...

EQUIPE GESTORA DO PROJETO

Conselho Diretor da ABEM

Diretor Presidente: Prof^a Jadete Barbosa Lampert
Diretor Vice-Presidente: Prof. Francisco Barbosa Neto
Diretor Tesoureiro : Prof. Vardeli de Moraes
Diretor Secretário: Prof. Sigisfredo Luiz Brenelli
Diretor Executivo : Prof^a Derly Silva Streit

Coordenação do projeto

Prof^a Denise Herdy Afonso
Prof^a Derly Silva Streit
Prof^a Lia Márcia Cruz da Silveira

NOSSAS PALAVRAS

O PRECEPTOR POR ELE MESMO

Da breve história de como conhecemos as dores e as delícias da preceptoría do Brasil

“Não haveria criatividade sem a curiosidade que nos move e que nos põe pacientemente impacientes diante do mundo que não fizemos, acrescentando a ele algo que fazemos” Paulo Freire (Pedagogia da Autonomia)

Tudo começou com o desafio de fazer em pouco tempo muita coisa. Eram coisas de mudança! Não poderia ser “mais do mesmo”. Nosso desafio, posto pela ABEM, sinalizava para o Desenvolvimento de Competências Pedagógicas de Preceptores da Residência Médica. Nosso caminho se alinhava com as ações recentes do Pró-Residência e nos levava, portanto, para regiões mais distantes e com menor densidade de preceptores.

Em nove meses de intensa aprendizagem, mergulhamos na realidade de 12 universidades federais, seus caminhos e atalhos. Foram 28 encontros presenciais em que conhecemos e nos encantamos com a experiência e o cotidiano de 346 profissionais que diariamente contribuem para a formação de médicos residentes, os especialistas de que nosso país precisa.

De seus relatos ficaram a amorosidade no ofício de preceptor; o orgulho de ser mesmo sem ser visto; o desejo que cotidianamente impulsiona a ação; a verdade de tantas dificuldades que, em alguns momentos, parecia impossível continuar; o diagnóstico do trabalho solitário

e a grata surpresa, ao final de cada curso, de uma rede colaborativa se formando.

Dos problemas, construíram ações, implementaram mudanças, alavancaram processos, mobilizaram gestores, conquistaram residentes, aprimoraram práticas, aproximaram educação de cuidado, valorizaram cada pessoa sob seus cuidados.

Aprendizado em espaço seguro, ensinamentos recíprocos com arte, generosidade, sabedoria como sinônimo de realidade.

E pensar que tudo começou com o desafio de fazer em pouco tempo muita coisa. Eram coisas de mudança! Não poderia ser “mais do mesmo”, exatamente como fazem os preceptores no dia a dia da preceptoría. E assim, como eles e com eles vivemos intensamente cada instante deste que foi, um dia, projeto e hoje se sustenta em cada Estado, em todo lugar onde um preceptor e seu residente se encontraram para viver a ensinagem.

Na construção deste ofício de ser preceptor, específico e passível de aprendizado e desenvolvimento, ficou explícita a necessidade de um referencial de competências que, mais do que um instrumento reservado ao especialista da educação, constitua um meio para os preceptores construírem uma identidade individual e coletiva.

Nosso compromisso está aqui: com a palavra, os preceptores do Brasil!

Denise e Lia

SUMÁRIO

A Importância da Regulamentação da Preceptoría para a Melhoria da Qualidade dos Programas de Residência Médica na Amazônia Ocidental	14
<i>Ângela Claudia Paixão Soares / Carlos Roberto Maiorquim / Cid Ricardo Oliveira Souza / Daniela Neves Fernandes do Vale / Denys Eiti Fujimoto / Fátima Pessanha Fagundes / Fernanda Gama Lage Dantas / Gisele de Souza Nogueira / Isnard Bastos Barbosa Leite Filho / Júlio Eduardo Gomes Pereira / Leuda Maria da Silva Davalos / Leonardo Assad Lomonaco / Malena Duque da Silva Bessa / Maria da Conceição Ribeiro Simões / Mirla Teodolina da Vila Macedo Pessanha / Rinauro Souza Santos Júnior / Rita de Cássia Alves Ferreira Silva / Rodrigo Manoel Ferreira Carrapeiro / Rodrigo Vick Fernandes Gomes / Socorro Elizabeth Rodrigues de Souza / Teresa Cristina Maia dos Santos / Rodrigo Silveira / Thor Dantas / Rosângela Minardi Mitre Cotta / Lia Márcia Cruz da Silveira</i>	
Como Promover o Reconhecimento da Função de Preceptor da Residência Médica? Como Promover uma Boa Formação para os Nossos Residentes? Estratégias de Enfrentamento – Sínteses dos Grupos Aprendendo a Ensinar e Mosaico	24
<i>Adriana Mattos Viana / Aécio Mendes Santos / Alex Guedes / Claudilson Bastos / Daniel Sales Portela / Dina Lucia Ribeiro Daltro / Hans Walter Ferreira Greve / Karyne Freitas Barbosa / Lara de Araújo Torreão / Lilia Maria Caldas Embiruçu / Magnólia Magalhães de Carvalho / Marcos Silva Araujo / Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva / Marlene de Sá Martins da Costa Carvalho / Patricia Ribeiro Brito / Paulo Maciel Fernandes Filho / Thereza Christina Valois Montarroyos / Rosângela Carvalho de Melo / Thiago de Carvalho Milet / Vera Lúcia Rodrigues Lobo / Maria Ermecília Almeida Melo / Jorge Carvalho Guedes / Regina Helena Mennin / Lia Márcia Cruz da Silveira</i>	
Preceptor de Residência Médica: Funções, Competências e Desafios. A Contribuição de Quem Valoriza porque Percebe a Importância: Nós Mesmos!	32
<i>Alessandra Bentes / Alvaro Jorge Madeiro Leite / Ana Paula Dias Rangel Montenegro / Bernardo Rodrigues de Paiva Júnior / Cláudia Regina Fernandes / Daniela Chiesa / Erico Antonio Gomes de Arruda / Eveline Campos Monteiro de Castro / Fernando Antonio Siqueira Pinheiro / Francisco Daniel de Sousa / Francisco das Chagas Medeiros / José Milton de Castro Lima / Josenília Maria Alves Gomes / Manoel Oliveira Filho / Marco Tulio Aguiar Mourão Ribeiro / Marta Maria das Chagas Medeiros / Mylene Arrais dos Santos / Ricardo Coelho Reis / Ricardo Maria Nobre Othon Sidou / Tania Maria Sousa Araujo Santos / Valéria Góes F. Pinheiro / Zenilda Vieira Bruno / Maria Helena Senger e Rosiane Diniz / Paulo Marcondes Carvalho Junior / Denise Herdy Afonso</i>	
Competências da Preceptoría na Residência Médica	40
<i>Alex Caetano dos Santos / Alexandre Vieira Santos Moraes / Ana Carolina Arantes Coutinho Costa / Beatriz Lins Galvão de Lima / Carlos Alberto Lisboa Vieira / Carolina Dias de Araújo e Silva / Daniela Pultrini Pereira de Oliveira Viggiano / Gelcio Sisteroli de Carvalho / Gilberto de Matos Filho / Gisele Rodrigues Fonseca / Isabela Ghetti Macedo Isaac / Jane Eyre Miranda Leaet Vieira / Jerusa Marielle Nunes Seabra de Oliveira / Joaquim Ferreira Godoy Neto / Jorge de Azevedo Mattos Júnior / Letícia Leão Tuma Damaceno / Maja de Medeiros / Maria Bárbara Franco Gomes / Maria de Fátima do Nascimento Silva Delfino / Miriam Lage de O. Rodrigues Castilho / Paulo Roberto Maranhães Meyer / Ricardo Curado de Oliveira e Silva / Samir Pereira / Valeria Soares Pigozzi Veloso / Alessandra de Carla Almeida / Alexandre de Almeida Lima / Paulo Emiliano Bezerra Junior / Rômulo Alzuguir Montijo / Viviane Cristina Uliana Pertele / Alessandra Vitorino Naghettini / Luciana Branco da Motta / Roberto Zonato Esteves / Denise Herdy Afonso</i>	

O Ensino e a Assistência: Valorização e Reconhecimento da Preceptorial na Residência Médica do Maranhão.....	47
<i>Delva Lobato Miranda / Erika Krogh / Janne Eyre F. Brito da Costa / Jorge Antonio Meireles Teixeira / José Domingos Soares Miranda / José Lauletta Neto / José Pereira Guará / Keila Regina Santos Cruz / Márcia da Silva Sousa / Maria José da Silva de Souza / Maria Regina de Mello / Martinha Elisa da Silva Matos / Marynéa do Vale Nunes / Mauritonio Rodrigues Barbosa / Patrícia Franco Marques / Roberta Borges Correia de Albuquerque / Rosimarie Morais Salazar / Roxana Desterro e Silva Cunha / Waston Gonçalves Ribeiro / Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves / Daniela Sobrino / Vera Lúcia Garcia / Lia Márcia Cruz da Silveira</i>	
Integração do Ensino no Serviço e Comunidade: do Curso para Preceptores de Residência Médica da ABEM à Valorização da Preceptorial no Estado de Mato Grosso	54
<i>Ana Maria Coelho Bezerra Martins / Anderson Cunha / Carine Jara da Silva Cardoso / Carla L. Preza Borges / Fabrícia Campos / Daise Amaral Torres / Egon Neis / Eliana Maria Siqueira de Carvalho / Jair Giampani Júnior / João Félix Dias / José Alberto Dias / Luciana Graziela de Oliveira Boiça / Maria Helena Bragança / Marisa Nishitani Dias / Nicolau Ávila Cruz / Pedro Luis reis Crotti / Renata Silvia da Silva Amoroso Luque / Sandra Coenga de Souza / Simary Laura de Almeida / Ademir Lopes Junior / Reinaldo Gaspar da Mota / Luisa Fogarolli de Carvalho / Denise Herdy Afonso</i>	
Motivação e Comprometimento: Fatores que Contribuem para um Efetivo Processo Ensino-Aprendizagem na Residência Médica	61
<i>Aby Jaine da Cruz Montes Moura / Alessandra Kohatsu Shimabuco / Alex Bortotto Garcia / Ana Christina Wanderley Xavier Giacomini / Andressa Mateus da Cunha / Antonio Marinho Falcão Neto / Cláudia Emília Lang / Delcio Gonçalves da Silva Junior / Ernesto Antonio Figueiró Filho / Estanislau Petrona Yarzon Ortiz / Hussem Khalil Fares / João Americo Domingos / Joaquim Dias da Mota Longo / José Roberto Barcos Martinez / Luiz Armando Pereira Patusco / Maria José Martins Maldonado / Marta Driemeier / Mauricio Antonio Pompilio / Newton Ishikawa / Paulo Saburo Ito / Priscilla Alexandrino de Oliveira / Rosana Dorsa Vieira Pontes Regis / Rosana Leite de Melo / Wilson Ayach / Carlos Eduardo Buenoll / Magali SanchesIII / Oscarina Ezequiel / Roberto Zonato Esteves / Denise Herdy Afonso</i>	
Valorização da Preceptorial de Residência Médica na Região Amazônica.....	69
<i>Claudete Martins de Lima / Claudia Regina Dias Siqueira / Francisco Assis de Souza Almeida / Gleide Elane Braga Ferreira / Juliana Lasmar Ayres do Amaral / Marlúcia do Nascimento Nobre / Osmarina Nascimento Pires / Paulo Delgado Leão / Redson Ruy da Silva / Renata Maria Coutinho Alves / Rudival Faial de Moraes Junior / Silvia Helena Cavalcante de Sousa / Simone Regina Souza da Silva Conde / Suely Maria de Miranda Araújo / Tania de Fátima D'Almeida Costa / Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza / Wilson de Oliveira Filho / Zilma Nazaré de Souza Pimentel / Ronaldo Costa Monteiro / Sylvia Maria Porto Pereira / Vera Lúcia Garcia / Lia Márcia Cruz da Silveira</i>	
Residência Médica em Pernambuco: reflexões de um grupo de preceptores sobre cenários e atores	77
<i>Ana Paula Tavares Cavalcanti de Souza / Eduardo Sampaio Siqueira / Gisele Fernandes / Isabel Brandão Correia / José Guido Corrêa de Araújo Júnior / Lara Ximenes Santos / Luciana Cordeiro / Luciano Calheiros de Moraes Guerra / Lucy Vieira da Silva Lima / Marcos Vinícius Ribeiro dos Santos / Rodrigo Pinheiro Silveira / Roseane Santos da Silva / Tereza Rebecca de Melo e Lima / Ana Cláudia Santos Chazan / Vitor Hugo Lima Barreto / Rosângela Minardi Mitre Cotta / Lia Márcia Cruz da Silveira</i>	

Estratégias de Valorização e Capacitação Pedagógica do Preceptor da Residência Médica.....87

Ana Célia Costa De Carvalho / Ana Cristina Santiago Vale / André Siqueira Abrantes / Claudio Orestes Britto Filho / Clécio de Oliveira Godeiro Júnior / Eduardo Dantas Baptista de Faria / Eliane Pereira da Silva / Elza Maria Fernandes Seabra de Melo / Eugênio França do Rêgo / Francisco Américo Micussi / Hadmila Rodrigues Melo / Irami Araujo Filho / Julio Cesar Vieira de Sousa / Kátia Cristina Araújo Nascimento de Oliveira / Larissa Moraes da Costa / Lyane Ramalho Cortez / Maria da Guia Medeiros Garcia / Nestor Rodrigues de Oliveira Neto / Rodrigo Trigueiro Moraes de Paiva / Rosângela Maria Moraes da Costa / Tásia de Albuquerque Falcão Feitosa / José Diniz Junior/ George Dantas de Azevedo/ Rosiane Viana Zuza Diniz/ Luisa Fogarolli de Carvalho/ Denise Herdy Afonso

Desafios da Preceptoria na Residência Médica no Lado de Cima do Equador: Experiência em Roraima95

Glauca de Oliveira / Denise Moreth / Altamir Ribeiro / Cassandra Loureiro / Hugo Alberto Sayan / Jeovane Soares / Jordania de Souza / Marcia Marques / Mareny Damasceno / Maria Catia / Maria Soledade / Rutiene Maria Mesquita / Stella Maris Martins / Tao Machado / Valeria Cristina Nascimento / Amon Machado / Bruno Leitão / Cristiane Greca / Debora Maia / Gustavo Ubirajara / Ida Perea / Jucineide Vieira / Daniela Pimenta / Maria Viviane Vasconcelos / Mauro Asato / Regina Helena Mennin / Lia Márcia Cruz da Silveira

Estratégias para Melhorar a Logística e a Formação do Preceptor de Residência Médica.....101

Adriana Edelves Trindade Martins Carvalho / Ana Mackartney de Souza Marinho / Andrea Silva do Amaral / Ediane Figueira Aguiar Cótica / Erika Gonçalves Afonso Maués / Gecilda Régia Ramalho Vale Cavalcante / Helio Hermenegildo Marques Maués / Henrique Barsanulfo Furtado / Itágores Hoffman / Lopes Sousa Coutinho / Itágores Hoffman Lopes Sousa Coutinho / Ivani Mendes de Oliveira Alves / Larissa Nascimento Marques / Luciana Martins dos Reis / Luciano de Castro Teixeira / Mabel Coelho Portela de Melo / Maria Regina Pinto Komka / Mauricio Thomas Kawai Costa / Michelle de Jesus Pantoja Filgueira / Miriam Goreth Kzan Pereira Macedo / Nadja Duarte Oliveira de Sousa Chiavini / Olívia Maria Veloso Costa Coutinho / Patricia Bastos Amorim / Pedro Manuel Gonzalez Cuellar / Rita de Cássia Vieira Coutinho Mendes / Valdir Francisco Odorizzi / Rebeca Garcia de Paula / Edson Arpini Miguel / Paulo Marcondes Carvalho Júnior / Denise Herdy Afonso / Leonardo Baldaçara



Universidade Federal do Acre

A importância da regulamentação da preceptoria para a melhoria da qualidade dos Programas de Residência na Amazônia Ocidental.

A Importância da Regulamentação da Preceptoría para a Melhoria da Qualidade dos Programas de Residência Médica na Amazônia Ocidental

Ângela Claudia Paixão Soares^I / Carlos Roberto Maiorquim^I / Cid Ricardo Oliveira Souza^I / Daniela Neves Fernandes do Vale^I / Denys Eiti Fujimoto^I / Fátima Pessanha Fagundes^I / Fernanda Gama Lage Dantas^I / Gisele de Souza Nogueira^I / Isnard Bastos Barbosa Leite Filho^I / Júlio Eduardo Gomes Pereira^I / Leuda Maria da Silva Davalos^I / Leonardo Assad Lomonaco^I / Malena Duque da Silva Bessa^I / Maria da Conceição Ribeiro Simões^I / Mirla Teodolina da Vila Macedo Pessanha^I / Rinauro Souza Santos Júnior^I / Rita de Cássia Alves Ferreira Silva^I / Rodrigo Manoel Ferreira Carrapeiro^I / Rodrigo Vick Fernandes Gomes^I / Socorro Elizabeth Rodrigues de Souza^I / Teresa Cristina Maia dos Santos^I / Rodrigo Silveira^{II} / Thor Dantas^{III} / Rosângela Minardi Mitre Cotta^{III} / Lia Márcia Cruz da Silveira^{IV}

Palavras-chave: Preceptoría. Residência Médica. Regulamentação de Organismos de Política.

RESUMO

O objetivo do artigo é debater e apontar respostas para a questão de aprendizagem: *Como regulamentar o exercício da preceptoría?* A mesma foi construída pelos preceptores que participaram do Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Preceptoría de Residência Médica, promovido pela Associação Brasileira de Educação Médica, nos Estados de Acre e Rondônia. A prática da preceptoría já é realizada desde o início dos programas de residência e vem ganhando importância no ensino de graduação com a expansão dos cenários de ensino-aprendizagem para os serviços que constituem o Sistema

Único de Saúde. Apesar disso, ainda não existe uma regulamentação que pudesse solidificar essa prática dentro do sistema, permanecendo fragilizada a relação entre instituição de ensino e profissionais da rede. Durante o curso, os dois grupos de trabalho (*“Preceptor? Sô Mermo!”* e *Ava-nós*) debateram e construíram coletivamente textos que abordaram aspectos relacionados à questão e caminhos para respondê-la, o que está expresso nas duas sínteses coletivas presentes no texto. Com isso, busca-se contribuir para o processo de consolidação da prática da preceptoría como constituinte importante do fortalecimento do SUS na região da Amazônia ocidental.

I Preceptores de Residência Médica do Estado do Acre e Rondônia

II Tutores do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría da Residência Médica.

III Orientadora de Aprendizagem do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría da Residência Médica.

IV Supervisora do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría da Residência Médica.

INTRODUÇÃO

A Medicina, desde tempos remotos, é uma atividade cujo ensino-aprendizado depende de forte componente prático, através de observação e exercício supervisionado. O treinamento em serviço nasce, portanto, junto com o ensino médico, assim como, por conseguinte, a figura do preceptor. O papel de um profissional mais experiente, responsável pela formação de jovens aprendizes, ensinando conhecimentos e auxiliando no desenvolvimento de atitudes e habilidades, servindo muitas vezes como exemplo ou modelo profissional, por sinal, vai muito além da Medicina e remonta ao ensino-aprendizado dos mais diversos ofícios de importância para a sociedade.

O treinamento em serviço articula ensino e aprendizado de forma coesa, e a residência médica é, portanto, consagrada como a melhor forma de inserção de profissionais médicos na vida profissional, sob supervisão e como modelo de capacitação para uma especialidade. Nela os aprendizes aprofundam conhecimentos e melhoram atitudes e habilidades, desenvolvendo competências específicas para um melhor cuidado¹.

Com o recente processo de transformação na educação médica no Brasil, principalmente com a ampliação dos cenários de aprendizagem e aproximação com o cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS)², a prática da preceptoria se tornou central no desenvolvimento de competências na formação médica.

Apesar de ser uma nova perspectiva para o ensino de graduação, a preceptoria já é uma prática bastante desenvolvida no âmbito da residência médica. No Brasil, temos vivenciado uma ampliação em larga escala das vagas de residência médica, principalmente em programas e locais estratégicos, numa tentativa de equalizar tanto as especialidades médicas quanto as desigualdades regionais existentes. A maior expressão desse fato se encontra no Programa Pró-Residência, lançado recentemente pelo Ministério da Saúde³.

Da mesma forma que na distribuição de médicos e escolas médicas no Brasil, há grandes desigualdades entre as regiões do País no que se refere a vagas de residência médica, estando a maioria concentrada no Sudeste, principalmente no eixo Rio-São Paulo⁴. Embora a regulamentação dos programas no Brasil tenha sido concretizada em 1981, somente nos últimos 15 anos é que

houve expansão significativa dos programas na Região Norte, alcançando atualmente quase todos os Estados.

Nos Estados do Acre e Rondônia, que compõem a chamada Amazônia Ocidental, a criação dos Programas de Residência Médica (PRMs) é fato recente. No Acre, os primeiros PRMs foram implantados em 1999 e 2000, nas cinco grandes áreas (Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia, Clínica Médica, Medicina de Família e Comunidade, e Cirurgia Geral). Posteriormente, houve implantação de novos programas, como Ortopedia e Infectologia. Com o lançamento do Pró-Residência, houve ampliação para áreas como Cardiologia, Anestesiologia, Neonatologia, Radioterapia, e Cancerologia Clínica. Atualmente, são 42 vagas para o primeiro ano de residência no Estado, com a atuação de 141 preceptores. Em Rondônia, a implantação dos PRMs pelo Governo do Estado foi ainda mais recente, tendo ocorrido em 2006, com os programas de Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria. Em 2007, houve ampliação para as áreas de Ortopedia, Clínica Médica e Infectologia. O programa Pró-Residência proporcionou a implantação do segundo programa de Ginecologia-Obstetrícia no Estado, na Maternidade Mãe Esperança.

Considerando a importância da residência médica para a sociedade em geral e o Sistema de Saúde em particular, seria de supor que a atividade de preceptoria e o papel do preceptor, essenciais à execução de um Programa de Residência Médica, estivessem mais solidamente definidos em norma. No entanto, não é o que se observa. Embora haja farta normatização quanto ao funcionamento geral dos Programas de Residência Médica, composição e atribuições da Comissão Nacional de Residência Médica, direitos e deveres do médico residente, o mesmo não ocorre com a figura do preceptor de residência médica, ficando, neste aspecto, em geral, apenas nos requisitos mínimos exigidos para a atividade⁵⁻⁹.

Um dos grandes desafios para o sucesso das ações de incentivo à residência médica é a qualidade da preceptoria, que depende não somente dos conhecimentos, atitudes e habilidades dos preceptores, mas também de sua capacidade de mediação para o aprendizado. Na tentativa de enfrentar esse desafio, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), em parceria com o Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), implementou, em 2012, o Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Pre-

ceptoría de Residência Médica (DCPPP), abrangendo os Estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Na Região Norte, um dos Centros Colaboradores selecionados foi a Universidade Federal do Acre (CCUFAC).

Após extenso e produtivo processo de discussão nos grupos de trabalho realizados de maneira independente, foi escolhido o mesmo problema: *a não regulamentação do exercício da preceptoría nos Programas de Residência Médica*. Este foi apontado como um dos principais problemas atuais dessa prática, capaz de condicionar diversos outros, mais específicos. O presente trabalho teve por objetivo debater e apontar respostas para a questão de aprendizagem: *Como regulamentar o exercício da preceptoría?* Para isso, apresenta a base da síntese coletiva dos dois grupos de trabalho do DCPPP – *Preceptor?? Só mermo!* e *Avanós* –, que abordam o processo de trabalho dos grupos, a importância da regulamentação e as concepções mais gerais que regem o processo de preceptoría, modelos de regulamentação e os caminhos para sua concretização.

Síntese coletiva do grupo preceptor?? Só mermo!

Desde o século passado, aproximadamente a partir dos anos 1950, vem acontecendo um debate sobre a associação entre o médico praticante e o aprendiz de medicina, relação que já era frequente no século XIX. As questões principais versavam sobre o que a escola médica esperava do preceptor, qual seria o tempo ideal de contato entre esses atores, como ficaria a expectativa do paciente sobre esse terceiro participante na relação e como ficariam as relações financeiras entre o médico, o aprendiz e a escola médica.

Wright et al.¹⁰ (p.1992), em um artigo especial publicado no *New England Journal of Medicine*, concluíram que:

[...] médicos assistentes que gastam quantidades substanciais de tempo com os aprendizes, aqueles que tiveram formação no ensino e aqueles que constroem um relacionamento positivo com os pacientes e demonstram aos aprendizes a importância de uma abordagem abrangente para o tratamento de pacientes são mais susceptíveis de ser reconhecidos como excelentes modelos [...] uma vez que muitos dos atributos associados à excelên-

cia no modelo de função representam comportamentos que podem ser modificados e habilidades que podem ser adquiridas, nossos dados sugerem que, com o conselho certo, o treinamento e o ambiente, mais médicos assistentes poderiam tornar-se excelentes modelos [...] e quem serviu como preceptor em ambulatórios por meio dia ou mais por semana era mais propenso a ser identificado como excelente modelo.

Na análise da literatura e de documentos encontram-se diretrizes de regulamentação dos programas de residência médica existentes, recomendações sobre a abertura de novos programas e sobre as atribuições dos médicos residentes. Porém pouca coisa se discute sobre o exercício da preceptoría médica. Como menciona Wullaume¹¹ (p. 5):

O exercício da preceptoría, a partir da supervisão da prática, mostrou-se como estratégia principal do processo de ensino da medicina. A atividade de mediação exige do preceptor conhecimento, sensibilidade, bom senso, criatividade e improvisação. Implica ainda, em compreensão da dinâmica do processo de ensino-aprendizagem a partir da prática, das especificidades que caracterizam o trabalho médico e das transformações do mundo do trabalho.

O preceptor deve extrair das situações complexas e contraditórias de seu exercício profissional diário a possibilidade de superar obstáculos e construir alternativas de solução. Exercer estratégia educativa que favoreça uma atitude reflexiva e emancipadora. O preceptor deve ter a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, ajudando o profissional em formação a desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas cotidianos da atenção à saúde¹². Supervisionar e orientar no processo de decisão em questões éticas e morais da profissão. Pela natureza e extensão das relações desenvolvidas entre os preceptores e os novos profissionais, o preceptor pode ter, além da função de ensinar, as de aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento dos menos experientes. Muitas vezes, os preceptores servem de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal dos recém-graduados e, ainda, auxiliam na formação ética dos novos profissionais durante determinado período de tempo, funções típicas de

um mentor. A descrição de preceptor feita por Morrow (citado por Bain¹³) o coloca como uma pessoa que ensina, aconselha e inspira, serve de modelo e apoia o crescimento e desenvolvimento de um indivíduo por uma quantidade de tempo fixa e limitada, com o propósito específico de socializar o novito em seu novo papel.

Para que se identifique o papel de cada um, ressaltam-se a seguir algumas definições¹⁴:

– Preceptor: responsável pelo ensino direto, tanto na teoria quanto na prática, à beira do leito, em hospitais, ambulatorios, etc. Deve servir de modelo, inspirador, também do ponto de vista ético;

– Supervisor: responsável também por avaliar o aprendizado do residente, tanto individual quanto coletivamente (todo o grupo). No Brasil, o identificamos, na prática, como o coordenador do grupo de residência médica. Deve também motivar e inspirar os residentes e preceptores;

– Tutor: responsável por mostrar o caminho que o residente deve seguir, como e onde estudar. Atua como facilitador do conhecimento. Mais presente no ambiente acadêmico;

– Mentor: responsável pela ajuda e orientação pessoal fora do ambiente hospitalar, não tem a responsabilidade de avaliar, apenas ajudar e orientar nas decisões de vida em geral do residente.

Estes nomes/títulos são utilizados de diferentes formas em diversos países e muitas vezes se confundem em nossa vida diária. Porém, na maioria dos serviços em nosso meio, estão presentes mais ativamente as figuras do preceptor e do supervisor de PRM, sendo o preceptor o médico que passa grande parte do tempo acompanhando os médicos residentes, orientando e auxiliando em todas as suas atividades.

Ao preceptor deve-se oferecer a oportunidade da construção pedagógica e didática, dando-lhe uma base fundamentada para aplicar suas competências e habilidades.

Por ser uma prática com mais visibilidade recente, a preceptoria no Brasil ainda passa por uma série de problemas, que abrangem questões relacionadas ao trabalho cotidiano e a sua valorização, ou falta de, pela gestão do Sistema de Saúde. No debate realizado pelo grupo de preceptores do Acre e Rondônia participantes do DCPMP, foram identificados problemas que podem ser divididos em três categorias: **problemas afetivos**: pou-

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

Embora sejam diversos os problemas listados, o grupo chegou à conclusão de que a inexistência de uma regulamentação consistente se encontra na base da maioria deles, sendo um importante nó crítico que deve ser enfrentado para fortalecer essa prática.

Proposta de artigos e itens para a regulamentação

Com base nos conceitos e preocupações manifestados acima, propõe-se uma série de artigos e itens importantes para constar na regulamentação da preceptoria, devendo-se considerar três premissas básicas que regem sua prática. O preceptor: (1) é o profissional que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática clínica; (2) tem a função primordial de desenvolver habilidades clínicas e avaliar o profissional em formação; (3) sua função deve ser ressaltada e seus atributos devem ser motivo de discussão e de reflexão no sentido de atender às necessidades e anseios dos internos e residentes.

Artigos para a regulamentação:

–*Artigo I – Que o exercício da preceptoria deverá ser concedido de acordo com as seguintes atribuições:*

- I. Profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de experiência ou titulação acadêmica de especialização ou de residência na área específica; e/ou
- II. Docentes do Plano de Carreira e Cargo de Magistério Superior Federal. Os critérios de concessão e os limites da gratificação de que trata este artigo serão fixados em regulamento.

–Artigo II – Das obrigações dos Serviços da área médica com preceptoria:

- I. Oferecer aos preceptores programas de capacitação pedagógica e didática em parceria com a ABEM e sociedades de especialidades, com cronogramas preestabelecidos e como atividade obrigatória, de acordo com o nível do preceptor (especialista, mestre, doutor), dando a oportunidade de progressão no exercício da docência-clínica (preceptor, tutor, Programa Faimer Brasil);
- II. Cursos de atualização dentro das especialidades, mediante um programa de educação médica continuada em parceria com universidades federais e centros de pesquisas;
- III. Financiamento de inscrições em congressos brasileiros de acordo com a especialidade, liberando o profissional de sua carga horária para este fim;
- IV. Assinatura de revistas científicas por meio de parcerias com as sociedades;
- V. Uma bolsa ou salário mensal de valor atrativo, para que os preceptores reservem realmente determinadas horas por semana para se dedicar à atividade. Estas horas poderiam ser utilizadas no preparo de aulas/atividades didáticas, visitas acadêmicas, preparação e correção de provas e supervisão de atividades práticas. O valor desta remuneração é difícil de ser determinado, mas deveria ser no mínimo igual e preferencialmente um pouco superior ao valor da hora trabalhada como médico assistencial.

–Artigo III – Das competências:

Compete ao profissional preceptor:

- I. Responder pela assistência ao treinamento supervisionado das atividades de residência médica, internato e/ou estágio curricular, segundo sua área de especialidade;
- II. Responsabilizar-se pelos residentes médicos e/ou corresponsabilizar-se pelos discentes em estágios ou atividades curriculares na instituição a que esteja vinculado;
- III. Participar de capacitações pedagógicas, reuniões de educação permanente, atividades de desenvolvimento profissional contínuo e de planejamento;

- IV. Participar de encontros para atualização e de oficinas para a elaboração de protocolos em sua área de especialidade;
- V. Acompanhar o desenvolvimento de competências dos residentes médicos e/ou discentes dos cursos de graduação a ele vinculados;
- VI. Realizar as avaliações de desempenho dos residentes médicos e/ou discentes dos cursos de graduação da área da saúde sob sua responsabilidade, previstas no projeto pedagógico do curso ou programa do avaliado;
- VII. Apurar a frequência dos residentes médicos e/ou discentes dos cursos de graduação sob sua responsabilidade, conforme procedimentos e normas estabelecidos pela instituição;
- VIII. Atuar nos termos das diretrizes dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação e do Regimento Interno do Programa de Residência Médica da instituição.

Caminhos para a regulamentação

Além de identificar os aspectos ligados à regulamentação, é importante vislumbrar como esse processo deve acontecer, ou seja, que passos são necessários até que se concretize a regulamentação. A identificação desse caminho deve considerar os atores envolvidos e a governabilidade das ações, numa perspectiva realista de sua definição.

O papel das Comissões de Residência Médica (Coreme) e das Comissões Estaduais de Residência Médica (Cereme) como instâncias locais é fundamental nesse processo. Nas reuniões e ações desenvolvidas por ambos os colegiados, deve-se debater a questão da regulamentação com o objetivo de dar legitimidade e consistência a esse movimento. Os preceptores participantes do DCPMP podem pautar as comissões para que esse assunto seja adequadamente debatido e para que possam, inclusive, criar fóruns ou grupos de trabalho que elaborem propostas de regulamentação.

As Secretarias Estaduais e Municipais são as principais instâncias gestoras para negociação de regulamentações de âmbito local e devem ser acessadas para que as bases do exercício da preceptoria sejam acordadas.

As propostas construídas e negociadas devem ser levadas para debate na Comissão Nacional de Residência

Médica (CNRM). Para isso, devem se identificar os parceiros necessários dentre os participantes desta que possam defender o debate sobre a regulamentação e coordenar o processo de trabalho nesta comissão para a construção de resoluções específicas sobre o tema.

Por fim, é importante que os ministérios da Saúde e da Educação atuem articuladamente conforme as resoluções da CNRM e as bases locais negociadas no âmbito das Secretarias de Saúde, que podem ser capitaneadas pelos órgãos representativos (Conass e Conasems).

Síntese coletiva do grupo AVANÓS

Seguindo a metodologia ativa e a perspectiva de educação crítico-reflexiva, utilizando a abordagem da problematização¹⁵ proposta pelo Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Preceptorial (DCPPP), o grupo identificou e classificou os principais problemas relacionados à prática da preceptorial, descritos a seguir.

Problemas ligados à organização da Unidade ou Serviço

Espaço e estrutura física inadequados ao exercício da preceptorial, tanto nas unidades hospitalares, quanto nas ambulatoriais, havendo falta de equipamentos necessários, exames e medicações; há dificuldade de integração entre as especialidades, com pouco compromisso entre profissionais de diferentes áreas para fortalecimento de determinado PRM, resultando em falta de apoio e dificuldade nas opiniões de outros especialistas; há pouco entrosamento entre os profissionais não preceptores, mesmo que da mesma especialidade, com os preceptores (é pequeno o conhecimento sobre o funcionamento do PRM e há dificuldades na atualização dos não preceptores); não há padronização de condutas médicas, sendo estas diversificadas e às vezes conflitantes num mesmo serviço. Além disso, alguns preceptores têm atitudes que não condizem com os princípios éticos da medicina.

Problemas ligados às dificuldades dos preceptores

Há problemas na disponibilidade de tempo para preceptorial e para conciliar a prática com as outras atividades

de trabalho, o que resulta na dificuldade de dedicar atenção individualizada aos residentes. É relatada falta de tempo para estudar, planejar aula e analisar tarefas dos residentes. Muitas vezes, essas atividades são realizadas em horários inadequados, resultando em cansaço e sonolência; a qualificação dos preceptores deixa a desejar em relação às habilidades técnicas e pedagógicas, não havendo preparo para o ensino e para a busca de conhecimento (aprender a aprender). Há dificuldades em identificar as necessidades e qualidades de cada residente, impossibilitando que o preceptor otimize as qualidades e corrija possíveis defeitos e vícios do residente; alguns preceptores são desinteressados, desestimulados ou descompromissados com o serviço e com o PRM. Essas características, bem como os múltiplos vínculos, dificultam a participação dos preceptores em atividades ou decisões do PRM. Há dificuldades na comunicação entre os preceptores, resultando em pouca interação entre eles. Alguns programas têm poucos preceptores; há dificuldades na relação entre preceptores e residentes em alguns aspectos, como: autoridade, capacidade de impor limites e chamar a atenção do residente, excesso de zelo, saber lidar com as adversidades, na maneira de se expressar. Não há também uma padronização de punições aos residentes em caso de condutas inadequadas.

Problemas ligados às dificuldades dos residentes

Alguns residentes trabalham em outras atividades fora do PRM, principalmente em plantões. Esse fato pode diminuir o vínculo com o PRM, havendo falta de interesse dos residentes com dificuldade no cumprimento de tarefas e no estudo aprofundado; os residentes costumam reclamar em relação à carga horária e às atividades, sendo pouco flexíveis quanto à realidade de cada serviço. Há ainda preocupação com a possibilidade de exploração do residente pelos profissionais do serviço em seu ambiente de seu trabalho.

Problemas ligados à gestão

Não há valorização e reconhecimento da figura do preceptor dentro da instituição pública, resultando em falta de incentivo e remuneração inadequada para o exercício de suas funções; não há regulamentação da prática da

preceptoría, com definição dos direitos e deveres do preceptor e normas referentes a questões como carga horária, vínculos, dedicação, atribuições e modalidades de avaliação.

A partir deste momento, os preceptores identificaram consensualmente que o “problema raiz” – aquele que se relaciona com todos os outros e que, uma vez sanado, contribuiria de forma decisiva para a solução – também de todos os outros é: “Não há regulamentação do exercício da preceptoría”. Desta forma, a questão de aprendizagem e de trabalho do grupo foi assim definida: “Como regulamentar o exercício da preceptoría?”.

Tentativa de solução do problema

O grupo iniciou sua tentativa de resposta à pergunta-problema – a regulamentação da atividade de preceptoría – refletindo sobre as qualidades necessárias ao exercício dessa função.

Identificou que dentre as competências essenciais de um preceptor devem estar os conhecimentos, as atitudes e habilidades para uma atividade clínica eficiente e ética; a capacidade de transmitir esses conhecimentos e contribuir para o desenvolvimento dessas atitudes e habilidades, tendo compromisso com a aprendizagem e reconhecendo-se como educador; a capacidade de auxiliar no desenvolvimento de um pensamento crítico e da autonomia para condução dos casos; a capacidade de manter os residentes estimulados continuamente; e a capacidade de perceber e reconhecer as potencialidades e fraquezas de cada profissional.

Foi identificado que o preceptor tem papéis múltiplos, como os de professor, formador, orientador, conselheiro, inspirador. Muitas vezes, os preceptores servem de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional dos recém-graduados, tendo, por isso, papel central no desenvolvimento atitudinal de forma geral e na formação ética em particular. Algumas dessas funções em muito se assemelham às funções típicas de um mentor e se confundem com elas, tendo, assim, papel fundamental na formação do aluno^{16,14,17}.

Em princípio, as competências mínimas exigidas pela CNRM são necessárias, mas insuficientes. É preciso ir além, incluindo o detalhamento das múltiplas competências elencadas acima e, o que é muito importante, um processo de avaliação permanente dos preceptores,

condicionando sua permanência na atividade a um bom desempenho nessa avaliação.

Não apenas a permanência na atividade de preceptoría deveria ser motivo de avaliação, mas também, anteriormente a ela, o próprio ingresso na atividade poderia ser normatizado, criando-se critérios claros para a seleção de profissionais candidatos a exercê-la.

Como parte do processo de regulamentação da preceptoría, identificaram-se como necessárias também as iniciativas de valorização do preceptor, com o estabelecimento de estratégias de incentivos, que poderiam incluir: diminuição da carga horária assistencial para dedicação à residência médica; remuneração adequada e condizente com a importância da atividade; viabilização de meios para o incentivo à participação em atividades de educação médica continuada, como congressos e cursos de atualização/capacitação; acesso a uma boa biblioteca física ou eletrônica (livros, periódicos, base de dados, etc.).

Em suma, um processo de regulamentação da atividade de preceptoría deveria, em princípio, incluir, dentre outras, políticas voltadas à criação de condições dignas de trabalho para os profissionais de saúde envolvidos nesta atividade; observação das especificidades da atividade de formação em serviço, em contraponto apenas com a atividade da assistência; institucionalização de formação pedagógica ampla para estes profissionais, com educação continuada e, especialmente, permanente; mecanismos de recompensa, incluindo remuneração justa e carga horária adequada; critérios de seleção e permanência na atividade de preceptoría.

A regulamentação da atividade de preceptoría poderia, à semelhança do estabelecimento de uma carreira, possibilitar uma hierarquização do profissional preceptor de acordo com seu grau de especialização na atividade de ensino e seu desempenho como educador, levando-se em conta sua exposição a atividades de desenvolvimento docente, bem como tempo e experiência na atividade. Categorias de profissionais, como, por exemplo, “preceptor júnior” e “preceptor sênior” ou preceptores “nível 1, 2, 3...”, poderiam ser construídas, com consequentes remunerações diferenciadas, e a progressão através destas categorias, a exemplo de um plano de carreira, ficaria condicionada ao desempenho individual e ao alcance de metas.

Alguns Estados buscam valorizar e/ou reconhecer a atuação do médico preceptor em seus quadros com leis no âmbito estadual, a exemplo de São Paulo, Bahia Acre e Rondônia:

– São Paulo: o Decreto nº 57.865, de 13 de março de 2012, define a atividade de preceptor, o papel do preceptor e dispõe sobre quantificação e critérios para concessão da gratificação de preceptor¹⁸;

– Bahia: a Lei nº 8.251, de 23 de abril de 2002, que institui a Gratificação de Serviços de Infectologia, com o objetivo de compensar o exercício de atividades funcionais em unidades especializadas, concede percentual específico à atividade de preceptor¹⁹;

– Acre: a Lei nº 1.431, de 7 de janeiro de 2002, cria a gratificação de preceptor no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde, no valor de R\$ 500,00, permitida a acumulação de mais R\$ 500,00 para a atividade de Supervisão de Programa²⁰.

– Rondônia: a Lei Complementar nº 329, de 19 de dezembro de 2005 e portarias posteriores criam os Programas de Residência Médica no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde e designam carga horária para as atividades de supervisão e preceptor na residência médica, destinando 50% e 30% da carga horária de rotina para dedicação às atividades de supervisão e preceptor, respectivamente, condicionados à apresentação de relatório de atividades à Coordenação de Residência Médica e à Secretaria Estadual²¹.

Essas iniciativas estaduais evidenciam, de um lado, o reconhecimento da necessidade de normatizar esta importante atividade e, de outro, a heterogeneidade das medidas tomadas neste sentido, incluindo até mesmo a ausência de iniciativas em muitos locais. Por tudo isso é que se propõe a condução de estudos no sentido de regulamentar, de forma mais abrangente e uniforme, a atividade da preceptor na residência médica no País, possivelmente com normativa nacional. Os exemplos dos Estados citados e dos demais que o fazem devem ser levados em conta, assim como as experiências e as especificidades de cada Estado ou região.

No Brasil, os principais organismos envolvidos na regulamentação profissional são o Congresso Nacional, que cria as leis de exercício profissional e de autorização para o funcionamento dos conselhos de fiscalização do exercício profissional; o Ministério do Trabalho, que é chamado para elaborar pareceres acerca das demandas de regulamentação do exercício profissional; o Ministério da Educação (por meio do Conselho Nacional de Educação), que regulamenta aspectos relativos à forma-

ção profissional; e os Conselhos de Fiscalização do exercício das profissões²².

Um processo de regulamentação nacional, com base na aprovação de uma lei, embora mais complexo, parece mais sólido para a efetivação de uma carreira. Necessita grande mobilização para despertar interesses, sensibilizar a sociedade e angariar apoios para atingir este objetivo. A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) deve exercer papel central nesse processo, assim como as demais entidades médicas, como a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), contribuindo com a pressão política necessária e emprestando legitimidade a essa luta que é pela qualidade da formação médica e, por conseguinte, da assistência à saúde como um todo em nosso país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos estudos, reflexões e discussões entre os preceptores e tutores do DCPMP, foi possível identificar as bases para o processo de regulamentação, a partir de conceitos importantes e aspectos que devem estar presentes no texto, salientando-se os caminhos a serem trilhados para a sua concretização. Os achados aqui apresentados mostram que o enfrentamento desse desafio pode facilitar a resolução de vários problemas verificados atualmente no cotidiano do processo de trabalho da preceptor na residência médica.

Para que esse caminho seja percorrido com êxito, é fundamental que os preceptores se organizem em defesa desta importante questão. Esse talvez seja o maior desafio para o processo, pois o trabalho cotidiano é árduo, e o tempo dos profissionais é escasso, com diversas incumbências profissionais e pessoais (as multitarefas a que os preceptores estão expostos no dia a dia de trabalho), o que pode dificultar essa organização.

Não obstante, os preceptores e tutores identificaram o papel estratégico do DCPMP, o que, por um lado, possibilitou mudanças no cotidiano dos PRMs, capacitando os preceptores para o uso de metodologias ativas, deslocando o processo de ensino-aprendizagem para o residente; e, por outro lado, contribuiu para construir o ambiente adequado, facilitando a concretização desta organização, já que esta depende da integração dos preceptores em torno de questões importantes, como as competências pedagógicas e a regulamentação.

REFERÊNCIAS

1. Michel JLM, Oliveira RAB, Nunes MPT. Residência Médica no Brasil. Cadernos da ABEM. 2011; 7:7-12.
2. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec/ ABEM; 2002. 284p
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Pró-Residência [capturado 06 nov. 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=36169&janela=1.
4. Feuerwerker L. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. Cadernos CE. 2001; 2(4):11-23.
5. Brasil. Decreto Presidencial no. 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, de 6 set. 1977.
6. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 04/78. Estabelece normas gerais, requisitos mínimos e sistemática de credenciamento. Diário Oficial da União. Brasília, 9 de novembro de 1978.
7. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução nº 05/79. Estabelece normas, duração e carga horária dos programas. Diário Oficial da União. Brasília, 12 de novembro de 1979.
8. Brasil. Lei no. 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 9 jul. 1981.
9. Brasil. Decreto nº. 91.364, de 21 de junho de 1985. Altera a redação do § 1º, do artigo 2º do Decreto nº 80.281/77, que dispõe sobre a constituição da Comissão Nacional de Residência Médica.
10. Wright SM, Kern DE, Kolodner K, Howard DM, Brancati FL. Attributes of excellent attending-physician role models. N. Engl. j. med.. 1998; 339(27):1986-93.
11. Wuillaume SM. O processo ensino-aprendizagem na Residência Médica em Pediatria: uma análise. Rio de Janeiro; 2000. Doutorado [Tese] – Fundação Oswaldo Cruz.
12. Trajman A, Assunção N, Venturi M, Tobias D, Toshi W, Brant V. A preceptoría na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. Rev. Bras. Educ. Med. 2009; 33(1):24-32.
13. Bain L. Preceptorship: a review of the literature. Journal for Advanced Nursing. 1996; 24:105.
14. Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis. Rev. Bras. Educ. Med. 2008; 32(3):363-373.
15. Bordenave JED. Alguns fatores pedagógicos. Rev. Interam. Educ. Adul. 1993; 3(1-2).
16. Wuillaume SM, Batista nA. O preceptor na residência médica em Pediatria: principais atributos. Jornal de Pediatria. 2000;76(5):333-8.
17. Missaka H, Ribeiro VMB. A Preceptoría na Formação Médica: o que dizem os Trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica 2007-2009. Rev. Bras. Educ. Méd. 2011; 35(3):303-310.
18. Brasil. Decreto nº 57.865, de 13 de Março de 2012. Dispõe sobre quantificação e critérios para concessão da Gratificação de Preceptoría. Diário Oficial de São Paulo; 14 mar 2008, Seção I: 122(49):1.
19. Brasil. Lei nº 8.251 de 23 de abril de 2002. Institui a Gratificação de Serviços de Infectologia e altera o percentual da Gratificação por Atividades de Preceptoría do Grupo Ocupacional Serviços Públicos de Saúde, criada pela Lei nº 5.828, de 13 de junho de 1990.
20. Brasil. Lei nº 1.431, de 7 de janeiro de 2002. Cria a Gratificação de Preceptoría no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde e Saneamento – SESACRE e da Fundação Hospital Estadual do Acre – FUNDHACRE e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Acre; 20 dez 2011, cad. único: 11.
21. Brasil. Lei Complementar nº 329 de 19 de dezembro de 2005. Cria o Programa de Residência Médica R1, R2, R3, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde/SESAU, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de Rondônia; 20 dez 2005.
22. Girardi SN, Fernandes H, Carvalho CL. A Regulamentação das profissões de Saúde no Brasil. Espaço. Saúde [on line] (capturado em 12 nov 2012). Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/RPSB.htm>.



Universidade Federal da Bahia

Como Promover o Reconhecimento da Função de Preceptor da Residência Médica? Como promover uma boa formação para os nossos residentes? Estratégias de Enfrentamento – Sínteses dos Grupos. “Aprendendo a Ensinar” e “Mosaico”.

Como Promover o Reconhecimento da Função de Preceptor da Residência Médica? Como Promover uma Boa Formação para os Nossos Residentes? Estratégias de Enfrentamento – Sínteses dos Grupos Aprendendo a Ensinar e Mosaico

Adriana Mattos Viana^I / Aécio Mendes Santos^I / Alex Guedes^I / Claudilson Bastos^I / Daniel Sales Portela^I / Dina Lucia Ribeiro Daltro^I / Hans Walter Ferreira Greve^I / Karyne Freitas Barbosa^I / Lara de Araújo Torreão^I / Lilia Maria Caldas Embiruçu^I / Magnólia Magalhães de Carvalho^I / Marcos Silva Araujo^I / Maria de Lourdes Lima de Souza e Silva^I / Marlene de Sá Martins da Costa Carvalho^I / Patricia Ribeiro Brito^I / Paulo Maciel Fernandes Filho^I / Thereza Christina Valois Montarroyos^I / Rosângela Carvalho de Melo^I / Thiago de Carvalho Milet^I / Vera Lúcia Rodrigues Lobo^I / Maria Ermecilia Almeida Melo^{II} / Jorge Carvalho Guedes^{II} / Regina Helena Mennin^{III} / Lia Márcia Cruz da Silveira^{IV}

Palavras-chave: Residência Médica. Preceptorial. Educação Médica. Formação Pedagógica.

RESUMO

Este trabalho apresenta o resultado de um importante debate sobre os aspectos pedagógicos, sociais e humanísticos da atividade de preceptorial. A literatura consultada e o debate reforçaram a ideia de que, para a formação dos residentes, não basta apenas cumprir o programa. Além de um bom programa e infraestrutura do serviço, é necessária uma boa equipe de preceptores, reconhecida pelos gestores mediante a criação de um plano de carreira e incentivo à educação permanente.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é o resultado das reflexões de uma turma do Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptorial na Residência Médica, promovido pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), em parceria com o curso de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), um dos Centros Colaboradores do projeto. A turma, composta por 20 preceptores de programas de residência médica de Salvador, foi dividida em dois grupos. Cada um cons-

I Preceptores de Residência Médica do Estado da Bahia.

II Tutores do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptorial na Residência Médica.

III Orientadora de Aprendizagem do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptorial na Residência Médica.

IV Supervisora do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptorial na Residência Médica

truiu, a partir das situações vivenciadas no dia a dia, uma pergunta considerada determinante para o exercício da preceptoria, a qual se constituiu como objeto de estudo do grupo. As duas perguntas desta turma foram: *Como promover o reconhecimento da função de preceptor de residência médica?* e *Como promover uma boa formação para os nossos residentes?* Cada grupo buscou responder a sua pergunta por meio de pesquisa na legislação brasileira e na literatura nacional e internacional, utilizando as seguintes palavras-chave: preceptor, tutor, *medical residence*, *preceptorship*, *internship*, preceptoria, residência médica.

A residência médica (RM) é um modelo educacional, em nível de pós-graduação, no qual os aprendizes aprofundam conhecimentos e melhoram habilidades e atitudes, desenvolvendo competências específicas para o exercício do melhor cuidado. O treinamento em serviço articula, de forma coesa, o ensino e a aprendizagem.

Os programas de residência médica na Bahia iniciaram-se em 1950, no Hospital Universitário Prof. Edgard Santos, da UFBA. Hoje, abrangem os principais hospitais da capital e interior, sendo a maioria vinculada à Secretaria Estadual de Saúde. Os processos seletivos são unificados e realizados pela Cerem – Bahia. As bolsas de residência são pagas pelo SUS e pelo MEC, sendo a maioria das atividades desenvolvida em hospitais de ensino cadastrados pelo MEC, a maioria públicos. A atividade de preceptoria não se restringe mais ao corpo docente das faculdades de Medicina, sendo exercida por profissionais da rede que demonstram maior interesse acadêmico, mas que, muitas vezes, não passaram por qualquer processo de formação pedagógica.

Como promover o reconhecimento da função de preceptor de residência médica?

O preceptor é fundamental no contexto da residência médica. A palavra preceptor provém do latim *praecipio*, que significa “mandar com império aos que lhe são inferiores”, sendo inicialmente utilizada pelos mestres de ordens militares. Desde o século XVI, passou a nominar aquele que emite preceitos ou instruções. Neste sentido, Mills et al.¹ definem que o termo designa o profissional que não é da academia e que tem importante papel na inserção e socialização do recém-gradu-

ado no ambiente de trabalho. Já para Ryan-Nicholls², o termo é empregado para designar o professor de pequenos grupos de alunos ou residentes, com ênfase na prática clínica. O preceptor deve ter a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, ajudando o profissional em formação a desenvolver estratégias e habilidades para lidar com os desafios da atenção à saúde. O preceptor deve ainda aconselhar, inspirar e influenciar o desenvolvimento dos menos experientes e seu desenvolvimento pessoal e ético, servindo como modelo.

Do ponto de vista do gestor, preceptor é o:

*[...] profissional de saúde, com função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação, e mínimo de três anos de experiência em área de aperfeiçoamento ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização ou de residência, que exerçam atividades de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, respectivamente em aperfeiçoamento, especialização, estágio ou vivência de graduação ou de extensão*³ (p. 2).

De qualquer forma, entende-se que a principal função do preceptor é ensinar a clinicar, por meio de instruções formais, com objetivos e metas, aproximar a teoria da prática, além de ser responsável por avaliações formais.

Não há dúvidas sobre a importância do preceptor na formação do médico residente. A prática da preceptoria sabidamente melhora a qualidade assistencial na área de saúde, promove o desenvolvimento profissional e reduz a incidência de erros profissionais na assistência.

DeCicco⁴ aponta a existência de inúmeras vantagens nos programas que possuem preceptoria, não só para os alunos, como para os próprios preceptores e instituições. Os preceptores facilitam a entrada bem-sucedida na profissão, reduzem o tempo necessário à autonomia discente, além de auxiliarem no desenvolvimento de habilidades. Nas instituições, há evidente melhoria no cuidado aos pacientes.

No entanto, a despeito do reconhecimento do valor do preceptor, pouco se acrescentou à formalização de sua atividade no cenário nacional, tornando este prota-

gonista da formação médica um personagem sem face definida no que tange a seus direitos e deveres.

Em recente publicação nacional sobre esta temática, condensando as informações apresentadas sob a forma de trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica (Cobem) de 2007 a 2009, demonstrou-se a necessidade não só de valorização da atividade de preceptoria, mas também de sua normatização. O preceptor precisa ter suas atividades reconhecidas, com investimento em formação específica para o desenvolvimento do perfil de educador; indispensável ao desempenho da preceptoria. Ainda nesse trabalho, foram relatadas as condições que permitiriam ao preceptor obter e manter educação permanente em instituições caracteristicamente assistenciais: apoio logístico para cursos, congressos, além de cursos de metodologia de ensino e de avaliação do médico residente; preparo psicológico e pedagógico, que atualmente ocorre de forma intuitiva e empírica; necessidade do reconhecimento oficial pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) para o preceptor de residência em saúde, com normatização do cargo: carga horária, capacitação e remuneração.

Osborn et al.⁵ descrevem a experiência de três programas de universidades americanas no recrutamento e retenção de preceptores para o ensino médico. Para o recrutamento são utilizadas diversas abordagens, desde seleção de médicos pela própria universidade, até indicação de outros preceptores de médicos com perfil de ensino na comunidade. Estes critérios são semelhantes aos encontrados em nosso meio. Ressalte-se que na Bahia há a particularidade de que a seleção do preceptor se dá inicialmente para atividade assistencial; conforme o perfil ou disponibilidade de tempo do médico, ele poderá ser alocado na atividade de preceptoria. Sem dúvida, a retenção na atividade de preceptoria é facilitada principalmente pelo incentivo na remuneração destes profissionais.

No Brasil, vem crescendo a discussão sobre o planejamento, as definições e orientações quanto ao papel da residência médica e dos hospitais que a sediam, dos direitos, deveres e qualificações dos médicos residentes, mas pouco se acrescentou ao reconhecimento formal do papel do preceptor.

A CNRM, por meio do Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011⁶, estabelece, em linhas gerais, os re-

quisitos mínimos necessários para que uma instituição possa albergar um programa de RM:

- Existência de corpo docente formado por preceptores com cadastramento de titulação, carga horária, regime de trabalho e termo de compromisso firmado com a instituição;
- Recursos para o pagamento das bolsas dos residentes;
- Atividades sistemáticas de supervisão e avaliação do curso – credenciamento e descredenciamento, de acordo com o funcionamento do programa;
- Corpo de preceptores e docentes treinados para a função;
- Contrato firmado entre os docentes, preceptores e a instituição de ensino da RM.

Na prática, portanto, o que se tem é a exigência da competência, do compromisso e da disponibilidade do preceptor. Esta informalidade cria uma relação de trabalho que enfraquece o próprio programa de residência médica, deixando-o à mercê do empirismo e da boa vontade daqueles que se dispõem a trabalhar nesta formação. O preceptor não valorizado acaba por realizar esta atividade nas horas vagas, dividindo-se entre a assistência e o ensino.

No tocante à questão da remuneração para a atividade de preceptoria em nosso país, há de se registrar a síntese da minuta de Projeto de Lei de 2009, que “Dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira e Cargos de Magistério Superior Federal; a criação da Gratificação de Encargos de Atividade de Preceptoria – GAP e da Função de Coordenação de Cursos; e dá outras providências”⁷. A GAP seria concedida aos titulares de cargos da área de saúde e do Plano de Carreira e Cargos de Magistério Superior Federal que em caráter eventual exerçam o acompanhamento dos programas de residência médica e multiprofissional e das atividades práticas do período de internato do curso de Medicina e do estágio curricular supervisionado em regime de internato, determinado pelas diretrizes curriculares nacionais dos demais cursos da área da saúde.

Diante das constatações e observações pertinentes à literatura consultada, sugerimos propostas de enfrentamento a curto e longo prazos para alcançar o justo reconhecimento da atividade de preceptoria médica na Bahia.

Propostas de curto prazo

- Incorporação imediata da Gratificação por Atividades de Preceptoría (GAP) aos salários de todos os médicos funcionários da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab) que exercem a atividade de preceptoría médica;
- Reunião com as instâncias de gestão da Universidade Federal da Bahia (UFBA) para normatização, junto ao Setor de Pessoal, da atividade de preceptoría vinculada aos PRM, permitindo computar 30% da carga horária destinada às atividades pertinentes como carga horária efetiva entre os professores e médicos da instituição;
- Cadastramento e certificação, junto às Coreme e Cerem, de todos os profissionais que exercem efetivamente a função de preceptoría, para gozo desses benefícios, buscando seu apoio institucional para o aperfeiçoamento pedagógico continuado, relacionado à atividade de preceptoría em residência médica, especificamente;
- Estabelecimento de agenda de reuniões junto aos secretários estadual e municipal de Saúde, Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia (Sindimed), Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (Cremeb) e Associação Bahiana de Medicina (ABM) para discussão sobre a qualidade da atividade de preceptoría médica em nosso Estado e reivindicações pertinentes;
- Estímulo ao aperfeiçoamento e qualificação da preceptoría na residência médica (extensão, especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado, livre-docência).

Propostas de longo prazo

- Atuação política no nível federal, junto aos legisladores, para aprovação do projeto de lei que propõe a criação da GAP, além do reconhecimento acadêmico da atividade de preceptoría (inserção na Capes, pontuação em concursos públicos, incentivo sob a forma de bolsas e maior acesso às modalidades de pós-graduação, cursos de aperfeiçoamento, dentre outras facilidades);
- Divulgação entre os preceptores de residência médica vinculados à Sesab dos direitos já estabelecidos

na legislação vigente em nosso Estado relacionados à GAP e à Gratificação de Incentivo à Qualificação Profissional;

- Buscar apoio das entidades médicas representativas de nosso Estado (Sindimed, Cremeb, ABM) para inclusão das propostas de valorização da preceptoría no Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV);
- Reunião de sensibilização junto ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) da Bahia, que reúne os secretários municipais de Saúde que participam da implantação do PCCV de cada município;
- Agenda de encontros envolvendo a Gestão de RH da Sesab, a representação da Secretaria de Administração do Estado da Bahia (Saeb) e a Escola de Saúde Pública;
- Pauta de encontros com os dirigentes dos hospitais filantrópicos que dispõem de PRM, para discussão e sensibilização na busca da eliminação de entraves ao pleno reconhecimento das atividades de preceptoría nestas instituições;
- Adequação da relação de médicos residentes (MR) por preceptor para dois MR por preceptor com regime de trabalho de 20 horas semanais e 4 MR por preceptor com 40 horas semanais.

Como promover uma boa formação para os médicos residentes?

A residência médica não deve ser vista como um processo nem de trabalho, nem de educação, isoladamente, mas como treinamento sob supervisão de educadores capacitados e experientes em sua área de atuação. A formação teórica e a prática devem estar juntas, a fim de evitar sobrecarga de trabalho em detrimento da aquisição de competências. O seu planejamento depende do estabelecimento de políticas e definições sobre os especialistas necessários para atender à demanda de populações distintas.

O modelo da residência médica atual precisa ser repensado como um todo, incluindo a seleção dos residentes, o modelo de construção do conhecimento, técnicas pedagógicas, desenvolvimento de habilidades e atitudes, forma de avaliação e capacitação dos profissionais dedicados à supervisão, os preceptores.

O que podemos fazer, enquanto preceptores, para preparar melhor os residentes?

- Manter conhecimento médico atualizado;
- Dar exemplo de conduta ética e de atendimento humanizado aos pacientes;
- Preparar programas de atividades que cumpram pelo menos os requisitos mínimos para a formação dos especialistas em cada área;
- Cobrar das instituições credenciadas as condições adequadas para o atendimento aos pacientes e treinamento dos residentes;
- Acolher bem os residentes neste momento de formação profissional, mostrando disponibilidade para dar suporte às suas necessidades;
- Capacitar-se didaticamente para utilizar as diversas técnicas de ensino mais apropriadas a cada situação;
- Verificar periodicamente se os objetivos e metas propostos estão sendo alcançados;
- Identificar as falhas e tentar corrigi-las;
- Avaliar periodicamente as competências, habilidades e atitudes dos residentes;
- Elogiar, criticar e aplicar as punições quando necessárias.

Devemos ter em mente que os médicos devem ser preparados para cuidar da população e, quando aprovados ao final da residência, assume-se a responsabilidade de certificá-los como aptos ao exercício da especialidade para a qual foram treinados.

Humanização e ética

É dever do preceptor conscientizar o médico residente, por meio do exemplo e da atitude, de que não adianta ser um bom técnico se não for um bom ser humano.

Sistematização das atividades para a residência médica

Todo programa de residência médica deve ter uma programação, que deve ser construída/discutida previamente pelos preceptores com base nas especificidades de cada programa, bem como apresentada e discutida, também previamente, com os residentes.

Condições adequadas de funcionamento das instituições

A determinação das condições de trabalho – estruturais e administrativas – adequadas ao desenvolvimento dos programas de residência médica está embasada juridicamente. As instituições se comprometem a oferecer condições adequadas à formação do médico residente no momento do credenciamento. As Cerems devem contribuir com as Coremes na divulgação da regulamentação do programa e auxiliar na organização e atualização das instituições em sistema de informação a ser mantido pela CNRM.

Acolhimento do médico residente

A recepção do residente deve ser um momento especial de acolhimento e responsabilidade da equipe de preceptores do programa e dos gestores da instituição. A entrada e o encerramento da residência médica devem ser alvo de preocupação e interesse da instituição e dos preceptores, devendo ser organizados formalmente, com espaço para o conagraçamento de todos os envolvidos.

Avaliação do médico residente e do programa

Todo processo avaliativo é complexo e dá margem a dúvidas. Na avaliação da residência médica não poderia ser diferente. Habilidades, raciocínio clínico, técnica, ética, conhecimentos adquiridos devem ser avaliados para se saber se foram adequadamente desenvolvidos e permitir uma análise crítica de todo o processo de aprendizagem. Para avaliar é necessário conhecer as competências que o médico residente deve alcançar. Tais competências devem ser apresentadas e discutidas com esses profissionais no início do programa, e a equipe de preceptores deve pactuar com eles as formas de avaliação.

Podem ser utilizadas várias modalidades de avaliação, como prova escrita, oral, prática ou de desempenho por escalas de atitude. Os médicos residentes devem ser avaliados também quanto ao comportamento ético.

Os programas, assim como os residentes, passam por avaliações que utilizam instrumentos padronizados pelas Coremes e CNRM.

Para o pleno funcionamento do programa de residência médica é necessário:

- Conhecimento obrigatório, por todos os envolvidos nos programas, de suas leis, diretrizes, objetivos e forma de funcionamento;
- Engajamento dos gestores e conscientização das obrigações para com a residência médica e de sua importância para a instituição e a saúde pública;
- Reuniões periódicas nas instituições credenciadas, realizadas por setores. As reuniões devem propor melhorias em nível local;
- Liberação de verbas diretamente para os programas da residência médica, objetivando melhoria das condições de funcionamento;
- Obrigatoriedade de cada instituição fornecer suporte operacional à residência médica.

CONCLUSÕES

A residência médica deve cumprir seu papel de formar uma base sólida para a prática médica, servindo de alicerce para a imperativa aquisição de novos conhecimentos e habilidades durante toda a vida ativa de um profissional de medicina. Para isto, um PRM deve ter claras as competências a serem desenvolvidas e um planejamento das ações/atividades/cenários de práticas necessários à aquisição destas competências, assim como considerar os aspectos psicopedagógicos da preceptoria, a estrutura do serviço e o apoio das instâncias gestoras e normativas.

REFERÊNCIAS

1. Mills JE, Francis KL, Bonner A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. *Rural Remote Health*. 2005; 5(3). Disponível em: http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_410.pdf.
2. Ryan-Nicholls K. Preceptor recruitment and retention. *Can Nurse* 2004; 100(6):19-22.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.111/GM, de 5 de julho de 2005: Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, nº 129, 7 de julho de 2005.
4. DeCicco J. Developing a preceptorship/mentorship model for home health care nurses. *J Community Health Nurs* 2008; 25(1):15-25.
5. Osborn LM, Sostok M, Castellano PZ, Blount W, Branch WT Jr. Recruiting and retaining clinician-educators – lessons learned from three programs. *J Gen Intern Med*. 1997; 12 (Supl 2): S83-9.
6. Brasil. Decreto nº 7.562 de 15 de setembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. *Diário Oficial da União*; Seção 1; 3.
7. Brasil. Projeto de Lei de setembro de 2009. Dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira e Cargos de Magistério Superior Federal; a criação da Gratificação de Encargos de Atividade de Preceptoria – GAP e da Função de Coordenação de Cursos; e dá outras providências.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Benner Z. Preserving preceptors: a valuable resource. *Critical Care Nurse*. 1995; 15(2):101-104.
- Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos. *Interface- Comunicação, Saúde e Educação*. 1998; 2(2):139-154.
- Blasco PB, Garcia DS, Benedetto MAC, Moreto FC, Roncoleta AFT, Trol T. Cinema for educating global doctors: from emotions to reflection, approaching the complexity of the human being. a workshop presentation in Wonca. *Primary Care*. 2010; 10(3):45-47.
- Bodernave JED. Alguns fatores pedagógicos. *Rev Inter de Edu de Adultos*. 1983; 3:1-2.
- Botti SHO, Rego STA. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Rev Bras Educ Med* 2008; 32(3): 363-373.
- Brasil. Lei nº 6.932 de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; Brasília; 09 jul. 1981b.
- Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível: www.saude.gov.br/humanizasisus.
- Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residências Médicas. Resolução CNRM nº 02/2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União*. Brasília(DF). 2006; Mai 17; Seção 1: 23-36.
- Brasil. Resolução CNRM/Sesu/MEC nº 1, de 6 de abril de 1987.
- Cavanaugh DA, Huse AL. Surviving the nursing shortage: developing a nursing orientation program to prepare and retain intensive care unit nurses. *J Contin Educ Nurs*. 2004; 35(6):251-256.
- Greene MT, Puetzer M. The value of mentoring: A strategic approach to retention and recruitment. *J Nurs Care Qual*. 2002; 17(1):63-71.
- Hyrkäs K, Shoemaker M. Changes in the preceptor role: re-visiting preceptors' perceptions of benefits, rewards, support and commitment to the role. *JAN*. 2007; 60(5):513-524.
- Lee TY, Tzeng WC, Lin CH, Yeh ML. Effects of a preceptorship programme on turnover rate, cost, quality and professional development. *JCN* 2009; 18(8):1217-1225

Michel JLM, Oliveira RAB, Nunes MPT. Residência médica no Brasil. Cadernos ABEM 2011; 7: 7-12.

Missaka H, Ribeiro VMB. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica 2007-2009. Rev Bras Educ Méd. 2011; 35(3):303-310.

Nelson D, Godfrey L, Purdy J. Using a mentorship program to recruit and retain student nurses. JONA. 2004; 34(12): 551-553.

Nunes MPT, Martins ACS, Machado VR. Avaliação do Sistema RM: Instituição, Programa, Residente, Corpo Docente. Cadernos da ABEM 2011; 7: 41-56.

O'Mara A, Welton R. Rewarding staff nurse preceptors. JONA 1995; 25(3): 64-67.

Ribeiro ECO, Lima VV. Competências profissionais e mudanças na formação. Olho Mágico. 2003; 10(2), 47-52.

Rios I. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. Rev Bras Edu Med. 2009; 33(2):253-261.

Silva MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. Bioética. 2002; 10(2):73-88.

Síntese da Minuta de Projeto de Lei que "Dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira e Cargos de Magistério Superior Federal; a criação da Gratificação de Encargos de Atividade de Preceptoria - GAP e da Função de Coordenação de Cursos; e dá outras providências". Disponível em: <http://www.adufepe.com.br/publica/informes>.

Sowan NA, Moffatt SG, Canales MK. Creating a mentoring partnership model: a university-department of health experience. Fam Community Health 2004; 27(4): 326-337.

The UK Foundation Programme Curriculum, 2012: 1-84.



Universidade Federal do Ceará

Preceptor de Residência Médica: funções, competências e desafios. A contribuição de quem valoriza porque percebe a importância: nós mesmos!

Preceptor de Residência Médica: Funções, Competências e Desafios. A Contribuição de Quem Valoriza porque Percebe a Importância: Nós Mesmos!

Alessandra Bentes^I / Alvaro Jorge Madeiro Leite^I / Ana Paula Dias Rangel Montenegro^I / Bernardo Rodrigues de Paiva Júnior^I / Cláudia Regina Fernandes^I / Daniela Chiesa^I / Erico Antonio Gomes de Arruda^I / Eveline Campos Monteiro de Castro^I / Fernando Antonio Siqueira Pinheiro^I / Francisco Daniel de Sousa^I / Francisco das Chagas Medeiros^I / José Milton de Castro Lima^I / Josenilia Maria Alves Gomes^I / Manoel Oliveira Filho^I / Marco Tulio Aguiar Mourão Ribeiro^I / Marta Maria das Chagas Medeiros^I / Mylene Arrais dos Santos^I / Ricardo Coelho Reis^I / Ricardo Maria Nobre Othon Sidou^I / Tania Maria Sousa Araujo Santos^I / Valéria Góes F. Pinheiro^I / Zenilda Vieira Bruno^I / Maria Helena Senger e Rosiane Diniz^{II} / Paulo Marcondes Carvalho Junior^{III} / Denise Herdy Afonso^{IV}

Palavras-chave: Internato e Residência. Preceptoria. Educação Médica. Capacitação Profissional.

RESUMO

Os principais problemas identificados na preceptoria da residência médica são a desvalorização e desmotivação do preceptor e a necessidade de capacitá-lo para habilidades de ensino/aprendizagem. Diante disso, apresenta-se uma reflexão crítica e propositiva dos preceptores e tutores participantes do projeto da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) para o Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria na Residência Médica, realizado em Fortaleza (CE) no ano de 2012 (DCPPRM-CE). Ainda que o conceito de preceptoria e o alcance de sua função se-

jam objeto de discussão, a relevância de seu papel na formação médica é incontestável. São discutidos os fatores intrínsecos e extrínsecos que motivam o profissional médico para a prática da preceptoria, bem como as possíveis estratégias para valorizar a função do preceptor. Entende-se que o investimento na qualificação de suas habilidades e atributos, especialmente no quesito das competências pedagógicas, campo pouco explorado na formação dos profissionais médicos, merece sistematização e continuidade, visando à melhora do processo de ensino-aprendizagem e estimulando a educação permanente.

^I Preceptores de Residência Médica do Estado do Ceará.

^{II} Tutoras do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria da Residência Médica.

^{III} Orientador de Aprendizagem do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria da Residência Médica.

^{IV} Supervisora do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria da Residência Médica.

INTRODUÇÃO

A residência médica (RM) foi instituída no Brasil em 1977, pelo Decreto nº 80.281¹. Trata-se de pós-graduação *latu senso*, voltada à capacitação de médicos, no formato de curso de especialização, cuja característica primordial é a formação em serviço. Desenvolvida em instituições de saúde e sob a supervisão de profissionais de elevada *expertise* técnica, a RM é considerada a especialização de excelência na formação médica.

O Estado do Ceará oferece atualmente 300 vagas para acesso direto, incluindo 16 especialidades e mais 148 vagas para programas com necessidade de pré-requisito, envolvendo 46 especialidades. O processo seletivo é unificado (Seleção Unificada para Residência Médica do Estado do Ceará – Surce), sob coordenação conjunta da Coordenação dos Programas de Residência Médica do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC/UFC) e do Grupo Gestor do Processo Seletivo Único para Residência Médica do Estado do Ceará (GGS)².

Os 60 programas de residência vinculados à Secretaria da Saúde do Estado envolveram, em 2012, um total de 436 residentes, 60 supervisores e 560 médicos preceptores. Nos próximos anos, o Ceará fará parte do Programa de Expansão e Interiorização da Residência em Saúde da Secretaria da Saúde do Estado e da vinculada Escola de Saúde Pública do Ceará, prevendo a criação de cem novas vagas de residência, com fomento do programa Pró-Residência, iniciativa dos ministérios da Saúde e da Educação³.

Diante de tal magnitude, da perspectiva de expansão e da importância dos programas de RM no Estado do Ceará, algumas questões incitam à reflexão no que diz respeito à atuação qualificada dos preceptores da RM, posto que representam parte absolutamente relevante deste processo de formação profissional. Os principais problemas identificados são a desvalorização e desmotivação do preceptor médico e a necessidade de capacitá-lo para habilidades de ensino/aprendizagem.

Pautando-se por estes problemas e visando a seu enfrentamento, o presente artigo apresenta a reflexão crítica e propositiva dos preceptores e tutores participantes do projeto da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) para o Desenvolvimento de Competên-

cia Pedagógica para a Prática da Preceptoría na Residência Médica, realizado em Fortaleza (CE), no ano de 2012 (DCPPRM-CE).

Conceito de preceptoría

Alguns autores citam que o termo preceptor é usado para designar aquele profissional que não é da academia e que tem importante papel na inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho⁴. Preceptor é o professor que ensina um pequeno grupo de alunos ou residentes, com ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para tal prática⁵. Botti⁶, em 2011, introduz o conceito do docente-clínico, que é o médico atuante e exímio educador, e diz que esta é a verdadeira vocação do preceptor.

Os profissionais que exercem preceptoría médica desempenham vários papéis em momentos e contextos diferentes. Nos programas de residência médica de hospitais ligados às universidades e faculdades de Medicina, os preceptores são geralmente docentes efetivos. Nos hospitais não universitários, eles podem não ter vínculo com escolas médicas. Em qualquer dessas situações, o critério básico para a escolha de preceptores tem sido o nível elevado de conhecimento profissional. Sua atuação deve ser abrangente e continuamente aprimorada.

O preceptor deve estar capacitado para desenvolver uma pluralidade de competências, tendo como objetivo facilitar o desenvolvimento global do residente. Entre estas competências podemos citar: capacitação pedagógica para o treinamento de habilidades clínicas, estímulo ao autoaprendizado, treinamento em *feedback* e estímulo ao raciocínio clínico, utilização de instrumentos de avaliação, entre outras. Sua atuação é mais efetiva no ambiente de trabalho e no momento da prática clínica e ocorre por um curto período de tempo, com encontros formais que objetivam o progresso clínico do residente. Entre a pluralidade de competências desejadas, espera-se que o preceptor atue também como **supervisor** (mantendo com o aluno uma relação altamente compromissada e com o objetivo principal de desenvolver o desempenho clínico como um todo, fazendo com que o supervisionado se torne mais efetivo em seu trabalho, avaliando também sua

atitude profissional), **tutor** (auxiliando no aprendizado do aluno, ensinando-o a “aprender a aprender”) e **mentor** (atuando como conselheiro experiente, que estimula, inspira, cria ou orienta ideias, ações, projetos e realizações)^{7,8}.

O preceptor da RM na atualidade

Na educação médica, historicamente, está presente a figura de um profissional experiente que acompanha e orienta os médicos em formação e especialização, hoje denominado preceptor. Ele tem a função de ser a ponte entre o médico residente, o programa de RM e o serviço de saúde no qual o programa está inserido. Com o papel fundamental de supervisionar a assistência aos pacientes e desenvolver uma aprendizagem significativa, em geral, não foi preparado para exercer esta função e tampouco tem apoio e incentivo na estrutura vigente.

Habitualmente, são médicos assistenciais contratados e lotados nas unidades de saúde, carentes de formação pedagógica em ambiente de prática clínica, que se movem entre o atendimento aos pacientes e o ensino da Medicina. Além disso, espera-se que ele ofereça uma orientação segura para aprimorar as habilidades técnicas dos residentes, que coloque em prática conhecimentos e contribua para a formação humanística, ética e dos valores morais dos médicos em formação. No entanto, o preceptor carece de uma identidade que determine claramente seu papel no processo de ensino no rol de atividades a desempenhar e que clarifique seus direitos e deveres em relação ao programa de RM e ao gestor da assistência médica. Ou seja, a atuação do preceptor carece de diretrizes e normas referentes ao perfil mínimo necessário, bem como às atividades a serem desempenhadas e aos objetivos a alcançar.

Na maioria das vezes, o papel de preceptor não é uma opção pessoal do professor/médico, mas uma condição assumida pelo fato de trabalhar em uma instituição na qual existe um programa de RM. Em geral, a atuação como preceptor acaba por demandar do médico um esforço extra, na medida em que exige dele a necessidade de compatibilizar o atendimento com o ensino, tempo para estudo dos temas pertinentes ao programa de RM e atendimento a pacientes quando há a intenção de ensino.

Neste contexto, como não existem formas adequadas de remuneração, gratificação ou reconhecimento, os preceptores não encontram estímulo/motivação para investir de forma mais efetiva em seu papel e acabam por considerar que seus conhecimentos especializados não são suficientes para exercer uma boa preceptoría, o que acarreta pouca procura e engajamento nos programas de preceptoría médica. A crescente precarização dos vínculos profissionais na área da saúde, bem como a remuneração insuficiente concorrem para a necessidade de os profissionais atuarem em diversos empregos, o que dificulta o comprometimento e a disponibilização do tempo necessário ao desenvolvimento de atividades pedagógicas pelos profissionais médicos junto aos programas de RM. A falta de uma política estruturada de formação e educação permanente para os profissionais médicos preceptores também constitui um desafio para a atuação junto aos residentes.

Atributos de um bom preceptor

Em muitas instituições, o critério básico para a escolha de preceptores tem sido o nível elevado de conhecimento profissional. Porém, o preceptor ideal deve saber desempenhar uma pluralidade de competências, tendo como função primordial desenvolver habilidades clínicas e avaliar o profissional em formação, atuando no ambiente de trabalho e de formação, estritamente no momento da prática clínica. Sua ação se dá por um curto período de tempo, com encontros formais que objetivam o progresso clínico do residente⁸.

Wuillaume e Batista⁹, em 2000, analisando o perfil dos preceptores e os atributos considerados por eles como importantes para o exercício desta função em dois programas de residência médica em Pediatria no Rio de Janeiro, descrevem que, além do domínio do conteúdo, as qualificações mais citadas foram o exercício da tutoria, a ética e o humanismo, a capacidade de educação permanente e a capacidade didática. Schultz et al.¹⁰, em 2004, investigando o comportamento dos preceptores em um cenário ambulatorial, concluíram que os itens mais importantes avaliados pelos residentes e estudantes foram: estar aberto a questões, dar *feedback*, demonstrar entusiasmo ao ensinar, revisar diagnósticos diferenciais e delegar a responsabilidade apropriada para o cuidado com o paciente.

De modo geral, os atributos para uma boa atuação como preceptor englobam:

- Ter responsabilidade profissional: assiduidade, comprometimento, disponibilidade, participação ativa e pontualidade, desempenhando a função de modelo de atuação médica e de equilíbrio entre a vida profissional e pessoal¹¹;
- Ser acessível, incentivador, ter flexibilidade e estimular o residente para resolver os principais problemas de saúde, além de ter competência para formar médicos com perfil adequado às demandas dos principais modelos assistenciais vigentes;
- Possuir conhecimentos técnico, teórico e prático amplos, profundos e atualizados;
- Ter compromisso com a função, demonstrando disponibilidade, organização, disciplina e disposição para uma melhoria contínua do residente;
- Ter capacidade didática para transmissão dos conhecimentos e comunicar-se de maneira clara;
- Desenvolver boa relação com residentes, com paciência, respeito, ética e, acima de tudo, ser um bom exemplo da capacidade de relacionamento com o paciente, sua família e com a equipe de saúde;
- Dominar os princípios da medicina baseada em evidência e do que significa a pesquisa, tanto clínica quando experimental;
- Saber utilizar técnicas de *feedback* para promover o desenvolvimento do residente;
- Ter capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, propiciando ao residente a oportunidade de desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas que surgem no dia a dia de um médico¹², com visão ampliada para a perda da ilusão da autossuficiência das ciências biomédicas.

Como desenvolver habilidades que capacitem os preceptores para o processo ensino-aprendizagem de residentes nos diferentes cenários de prática?

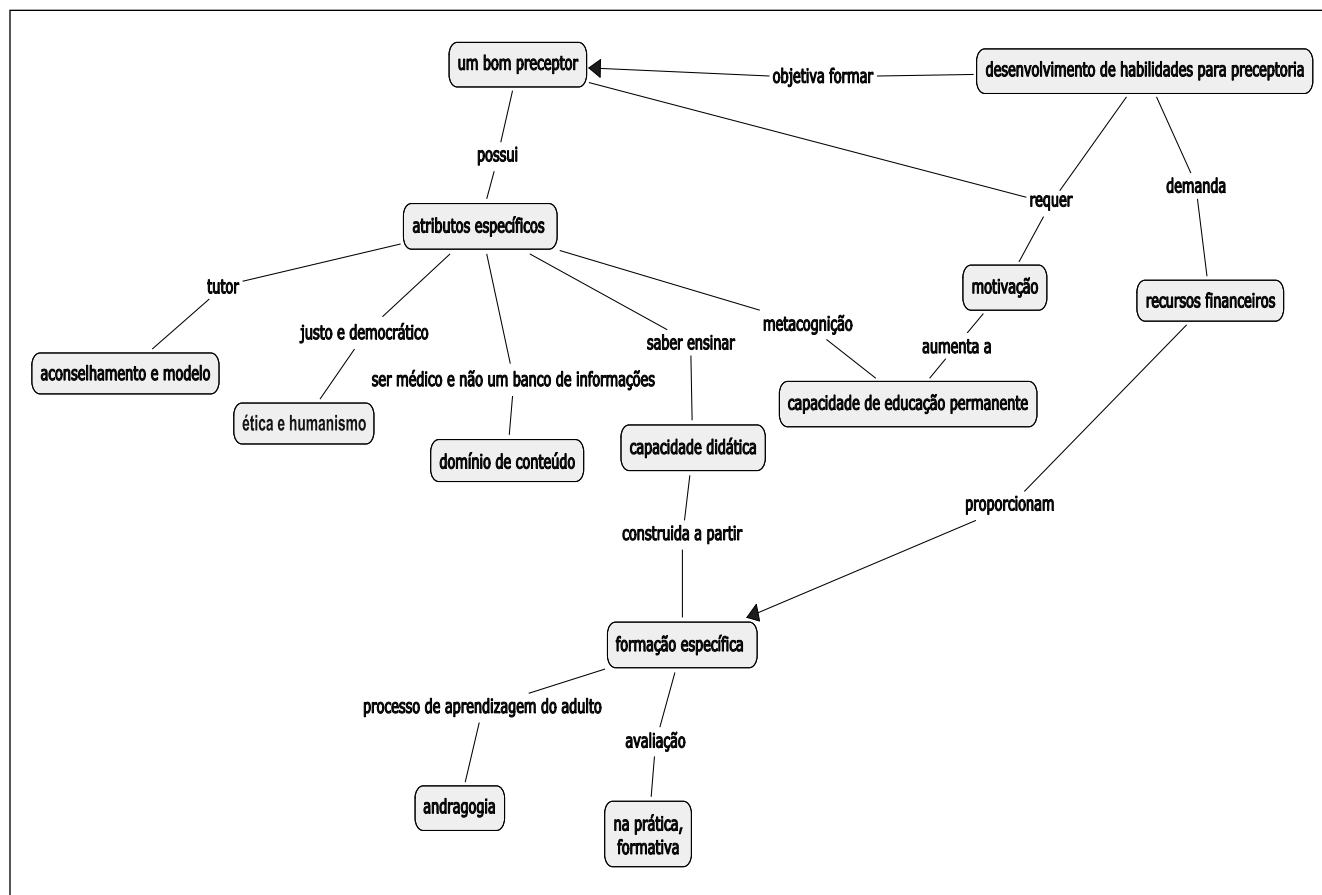
- ✓ Definindo expectativas, inserindo experiências, avaliando resultados e melhorando todo o ambiente de ensino para que os alunos percebam o comportamento profissional articulado em todo o sistema em que eles trabalham e aprendem¹³;

- ✓ Facilitando a comunicação entre os preceptores e entre estes e os supervisores de programas, compartilhando experiências de ensino;
- ✓ Participando de atividades de desenvolvimento docente de treinamento em habilidades de ensino-aprendizagem e em avaliação, individualizadas segundo as suas necessidades⁶;
- ✓ Conhecendo o currículo do programa a que está vinculado, para adequação do método de ensino-aprendizagem a cada cenário⁶ (um exemplo seria o incentivo à utilização de estratégias como *One-Minute Preceptor Model* e *Snapps*¹⁴ – acrônimo em inglês das seis etapas da estratégia, *sumarize, narrow, analyze, probe, plan, select* –, treinadas previamente em oficinas específicas, de preferência nas semanas que antecedem o início das atividades de novos residentes);
- ✓ Sensibilizando a receber *feedback* dos residentes sobre seu desempenho, facilitando uma análise crítica sobre sua *performance*¹²;
- ✓ Programando sessões de revisão do conteúdo visto pelo residente com metodologia centrada no estudante e prevendo tempo para que ele realize estudo dirigido ao assunto que não domina de maneira aprofundada (a aprendizagem centrada no aluno possibilita maior eficácia no processo de transferência do saber: da compreensão intelectual para a prática, do lógico para o psicológico, dos conteúdos para os processos, buscando a integração para formação de cidadãos competentes e conscientes, capazes de atuar de forma produtiva e comprometida em seus ambientes sociais e profissionais)¹⁵;
- ✓ Exercitando habilidades tecnológicas na perspectiva de aprendizagem contínua¹¹;
- ✓ Refletindo sobre a prática do ensino em cenários clínicos, que representam locais de vivência, experiência e, consequentemente, de aprendizagem significativa¹⁶;
- ✓ Estimulando o comportamento favorável ao processo de ensino-aprendizagem: estar aberto a questões, dar *feedback*, demonstrar entusiasmo ao ensinar, revisar diagnósticos diferenciais, delegar responsabilidades apropriadas para o cuidado com o paciente¹².

Estes tópicos estão representados no mapa conceitual apresentado na Figura 1.

Figura 1

Mapa conceitual para o desenvolvimento de habilidades que capacitem os preceptores para o processo ensino-aprendizagem de residentes



Que fatores motivam o profissional médico para o desempenho da função de preceptoria?

Fatores motivadores intrínsecos

A consciência da importância do papel do preceptor para a formação médica e do processo ensino-aprendizagem-avaliação em que há troca e consolidação da aprendizagem para ambas as partes – residente e preceptor – certamente motiva e valoriza a atuação do preceptor em seu ambiente de trabalho. O desejo renovado de aprender como resultado da interação com alunos, o reconhecimento pelos colegas e, especialmente, pelos supervisores ou gerentes da experiência clínica, das habilidades de ensino e profissionalismo, as oportunidades para ensinar e influenciar na prática, a ampliação e o estímulo ao co-

nhecimento e ao pensamento reflexivo, a avaliação da própria prática e a participação no crescimento e desenvolvimento de novos profissionais também podem ser considerados fatores motivadores intrínsecos^{17,18}.

Fatores motivadores extrínsecos

Aqui estão incluídos: remuneração diferenciada e vantagens educacionais, acesso a refeições no local de trabalho, acesso a periódicos e bibliotecas, isenção de taxas de matrícula em cursos/congressos, obtenção de cartas de recomendação, além de oportunidades para participação em conferências. As recompensas precisam ser individualizadas, e os profissionais são mais comprometidos com o papel de preceptoria quando percebem que as gratificações são pessoalmente significativas ou profissionalmente benéficas¹⁹.

Que estratégias podem ser utilizadas para a valorização do preceptor no Brasil?

- Elaboração de programa de educação permanente com prioridade para os profissionais que exercem a função de preceptor;
- Oferecimento de cursos de formação pedagógica para preceptores, proporcionando a qualificação e consequente valorização do profissional que atua na preceptoria, bem como a definição de critérios mínimos para o profissional atuar como preceptor, a partir da formalização de documento pela CNRM;
- Estabelecimento de pontuação para profissionais que atuam na preceptoria para concursos públicos e/ou seleção de pós-graduação e/ou progressão funcional, com base na elaboração de critérios como fidelização do profissional que atua como preceptor e seu nível de capacitação técnica e pedagógica;
- Política de valorização da carreira do preceptor dentro da IES/Serviço de saúde – criação da pós-graduação em Preceptoria Médica;
- Melhoria das condições de trabalho do médico preceptor, desde as instalações físicas, passando pela estrutura de apoio pedagógico até a melhoria na capacidade de atendimento das unidades;
- Criação de uma bolsa-preceptoria para remuneração direta do preceptor, a ser paga pela instituição mantenedora do programa de RM. Assim, as Secretarias de Saúde do município e do Estado e o Governo Federal criariam um Fundo de Fomento ao Ensino na Área da Saúde, com dotação orçamentária nesta rubrica, cabendo ao gestor municipal, em última instância, o repasse das verbas aos preceptores inscritos no Programa Estadual de Preceptoria Médica. Este fundo seria gerido por um colegiado tripartite (município, Estado e Federação), além de representantes dos preceptores, dos residentes e dos usuários. Em cada instituição de saúde, por sua vez, seria criada uma Célula de Preceptoria Médica, à qual caberia gerenciar os preceptores dos programas com sede naquela organização hospitalar;
- Remuneração indireta dos preceptores mediante priorização dos profissionais que atuam como preceptor para a concessão de pagamento de inscrições em congressos de especialidade e de educação médica;

- Redução do número de pacientes a serem atendidos, para que seja proporcionado tempo para discussão, explicação, prescrição com o residente, por meio de pactuação entre a coordenação da residência médica e os gestores, garantindo o “tempo de ensinagem”, amparado por portaria da CNRM legitimando esta pactuação;
- Estabelecimento (fixação) de relação entre preceptor/aluno/paciente, normatizada para as várias áreas médicas (gerais e especialidades). Para tanto, há necessidade premente de promover concurso público para a recuperação do quadro de médicos assistenciais dos campos de prática, que, quase invariavelmente, se encontram defasados;
- Facilidade e disponibilidade para acesso a fontes e bases de dados bibliográficas (Periódicos Capes, por exemplo);
- Construção de um currículo para RM, baseado em competências e com a participação dos preceptores, podendo ser articulado com as Coremes e Cerem. Com isto, permite-se que o preceptor conheça os objetivos de aprendizagem do setor em que atua e os processos de ensino-aprendizagem-avaliação da referida residência;
- Contabilização de carga horária de preceptoria nas horas de trabalho do professor e do médico assistente.

Comentários e reflexões finais

Diante de todas as dificuldades para uma definição clara sobre a função do preceptor, conseguimos chegar a uma resposta inspirada na vivência do projeto para Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria na Residência Médica da ABEM. O presente trabalho pautou-se pela pesquisa não sistemática no levantamento das referências bibliográficas pelo grupo e pelos relatos de dificuldades do cotidiano vividas pelos preceptores em nossa realidade, destacando-se a falta de tempo para o exercício da preceptoria, remuneração inadequada, falta de desenvolvimento específico para preceptoria e estrutura institucional deficitária. No entanto, projetos como este se traduzem no avanço da fase diagnóstica para o enfrentamento consequente e propositivo das dificuldades e, por isto mesmo, necessitam de apoio, continuidade e multiplicação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. [capturado em: 22 out 2012]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13087&Itemid=506.
2. Universidade Federal do Ceará. Seleção Unificada para Residência Médica do Ceará 2013 [homepage da internet]. Fortaleza: UFC, 2013 [capturado em: out 2012]. Disponível em: <http://www.resmedceara.ufc.br>.
3. Ceará. Secretaria de Saúde. Ceará amplia e interioriza vagas de residência médica [internet]. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/45525-ceara-amplia-e-interioriza-vagas-de-residencia-medica>.
4. Mills JE, Francis KL, Bonner A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. *Rural Remote Health*. 2005; 5 (3):410.
5. Ryan-Nicholls K. Preceptor recruitment and retention. *Can Nurse*. 2004; 100(6):19-22.
6. Botti SHO. Principais atributos de um preceptor de Residência Médica. Manual do Preceptor de Residência Médica. Conselho Regional de Medicina do Paraná. 2011; 78 p.
7. Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis. *Rev. Bras. Educ. Med*. 2008; 32(3):363-373.
8. Araujo AC. Definição e Atributos do preceptor. Manual do Preceptor de Residência Médica. Conselho Regional de Medicina do Paraná. 2011; 78p.
9. Wuillaume SM, Batista NA. The preceptor in medical residencies in Pediatrics: main attributes. *Jornal de Pediatria*. 2000;76(5):333-8.
10. Schultz KW, Kirby J, Delva D. Medical students' and residents' preferred site characteristics and preceptor behaviours for learning in the ambulatory setting: A cross-sectional survey. *BMC Med Educ*. 2004;4:12.
11. Nunes MDPT, Michel JLM, Haddad AE, Brenelli SL, Oliveira RAB. A residência médica, a preceptoria, a supervisão e a coordenação. *Cadernos ABEM*. 2011; 7:35-40.
12. Botti SHDO, Rego S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. *Rev. Bras. Educ. Méd*. 2010; 34(1):132-140.
13. Stern DT, Papadakis M. The Developing Physician – Becoming a Professional. *N Engl J Med*. 2006; 355: 1794-9.
14. Cayley Jr WE. Effective Clinical Education: Strategies for Teaching Medical Students and Residents in the Office. *WMJ*. 2011; 110(4):178-81.
15. McLeod P, Steinert Y, Chalk C, Cruess R, Cruess S, Meterissian S, Razack S, Snell L. Which pedagogical principles should clinical teachers know? Teachers and education experts disagree. Disagreement on important pedagogical principles. *Medical Teacher*. 2009; 31:117-124.
16. Nilsson MS, Pennbrant S, Pilhammar E, Wenestam CG. Pedagogical strategies used in clinical medical education: an observational study. *BMC Medical Education*. 2010; 10:9.
17. Bramson R, Vanlandingham A, Heads A, Paulman P, Mygdal W. Reaching and teaching preceptors: limited success from a multifaceted faculty development program. *Fam Med*. 2007;39(6):386-8.
18. Vaughn LM, Baker RC. Do Different Pairings of Teaching Styles and Learning Styles Make a Difference? Preceptor and Resident Perceptions. *Teaching and Learning in Medicine*. 2008; 20(3):239-247.
19. Ashar B, Levine R, Magaziner J, Shochet R, Wright S. Association Between Paying Physician-teachers for their Teaching efforts and Improved Educational Experience for Learners. *J. Gen Intern. Med*. 2007; 22(10):1393-7.



Universidade Federal de Goiás
Competências da Preceptoría na Residência Médica

Competências da Preceptoría na Residência Médica

Alex Caetano dos Santos^I / Alexandre Vieira Santos Moraes^I / Ana Carolina Arantes Coutinho Costa^I / Beatriz Lins Galvão de Lima^I / Carlos Alberto Lisboa Vieira^I / Carolina Dias de Araújo e Silva^I / Daniela Pultrini Pereira de Oliveira Viggiano^I / Gelcio Sisteroli de Carvalho^I / Gilberto de Matos Filho^I / Gisele Rodrigues Fonseca^I / Isabela Ghatti Macedo Isaac^I / Jane Eyre Miranda Leal Vieira^I / Jerusa Marielle Nunes Seabra de Oliveira^I / Joaquim Ferreira Godoy Neto^I / Jorge de Azevedo Mattos Júnior^I / Letícia Leão Tuma Damasceno^I / Maja de Medeiros^I / Maria Bárbara Franco Gomes^I / Maria de Fátima do Nascimento Silva Delfino^I / Miriam Lage de O. Rodrigues Castilho^I / Paulo Roberto Maranhães Meyer^I / Ricardo Curado de Oliveira e Silva^I / Samir Pereira^I / Valeria Soares Pigozzi Veloso^I / Alessandra de Carla Almeida^{II} / Alexandre de Almeida Lima^{III} / Paulo Emiliano Bezerra Junior^{III} / Rômulo Alzuguir Montijo^{III} / Viviane Cristina Uliana Pertele^{III} / Alessandra Vitorino Naghettini^{IV} / Luciana Branco da Motta^{IV} / Roberto Zonato Esteves^V / Denise Herdy Afonso^{VI}

Palavras-chave: Preceptor. Supervisor. Tutor. Residência Médica.

RESUMO

Em 2012, foi realizado em Goiás o Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría na Residência Médica. Com cinco meses de duração, o curso se desenvolveu na modalidade semipresencial, para turmas de até 25 preceptores. Cada turma foi subdividida em dois grupos de trabalho, nas atividades tanto presenciais como em EAD. Os dois grupos definiram perguntas de aprendizagem: Em que podemos contribuir no processo de regulamentação das políticas para a preceptoría (identidade, capacitação e valorização)? Quais as estratégias para obter apoio institucional para os

programas de residência médica? Após discussão presencial e a distância, produziu-se um material que resume as definições para a preceptoría e o papel do preceptor e do supervisor, além de estratégias de regulamentação da preceptoría. A reavaliação dos aspectos didático-pedagógicos possibilita melhorias na formação da preceptoría.

INTRODUÇÃO

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) promoveu, em 2012, o Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría na Residência Médica, e a Universidade Federal de Goiás

I Preceptores de Residência Médica do Estado de Goiás.

II Preceptora de Residência Médica de Uberlândia.

III Preceptores de Residência Médica em Brasília.

IV Tutores do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría da Residência Médica.

V Orientador de Aprendizagem do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría da Residência Médica.

VI Supervisora do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría da Residência Médica

constitui um dos 12 Centros Colaboradores do projeto. O curso, com cinco meses de duração, desenvolveu-se na modalidade semipresencial, para turmas de até 25 preceptores. Cada turma foi subdividida em dois grupos de trabalho, nas atividades tanto presenciais como em EAD.

No primeiro módulo presencial do curso de Goiás, cada grupo de preceptores definiu e pactuou um tema a ser desenvolvido ao longo do curso, caracterizado como Perguntas de Aprendizagem, que foram:

Grupo 1: *Em que podemos contribuir no processo de regulamentação das políticas para a preceptoria (identidade, capacitação e valorização)?*

Grupo 2: *Quais as estratégias para obter apoio institucional para os programas de residência médica?*

DISCUSSÃO

A residência médica (RM) está consagrada como a melhor forma de inserção de profissionais médicos na vida profissional por meio de supervisão e capacitação em uma especialidade¹.

Em seus primeiros anos de existência, a residência era um caminho de exceção e não era considerada necessária ao embasamento profissional. Era restrita a hospitais públicos tradicionais e a hospitais vinculados a universidades e faculdades públicas.

Na década de 1970, em um momento político extremamente autoritário, os médicos residentes iniciaram uma intensa luta política pelo aprimoramento e regulamentação da residência médica, que culminou com a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), em 1977, ligada ao antigo Ministério da Educação e Cultura. Segundo o Artigo 1º do Decreto 80.281, de 5 de setembro de 1977, que criou a CNRM e deu outras providências, “a residência médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de saúde universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional”².

Em 7 de julho de 1981, foi sancionada a Lei 6.932, que suprime a expressão “em regime de dedicação exclusiva” que constava no decreto que criou a CNRM, torna obrigatório o processo de seleção para ingressar no pro-

grama, regulamenta o contrato de matrícula, o valor da bolsa, a obrigatoriedade de alojamento e de alimentação, a licença-maternidade, a carga horária prática e teórica e a folga semanal, estabelecendo ainda a conferência de título de especialista reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CRM) aos egressos dos programas³.

Hoje, na legislação específica vigente, é importante citar a Resolução CNRM nº2, de 17 de maio de 2006, que dispõe sobre os requisitos mínimos para os programas das diversas especialidades (programas com acesso direto e programas com pré-requisito)⁴. As outras normas se referem a: tempo de duração; conteúdos mínimos; atividades teórico-complementares; estrutura, equipamentos e organização necessários à instituição; treinamento em urgências e emergência; sistema de avaliação periódica dos residentes; e supervisão do treinamento.

PRECEPTORIA MÉDICA: IDENTIDADE, CAPACITAÇÃO E VALORIZAÇÃO

Ao se analisarem os aspectos históricos da residência médica, a preocupação com a preparação profissional daqueles que cuidam da saúde da população é uma constante na história da humanidade. Desde a época mais remota, nas tribos primitivas, os candidatos a exercer a função de pajé eram cuidadosamente selecionados e treinados. Na educação médica não é diferente.

Desde então, esses profissionais mais experientes que se ocupam da formação médica vêm recebendo diferentes denominações, entre as quais **preceptor**, **supervisor**, **tutor** e **mentor**. Cada um desses termos significa uma grande variedade de funções, intervenções e atividades ligadas à educação médica, tanto na graduação como na residência.

A palavra **preceptor** vem do latim *praecipio*, “mandar com império aos que lhe são inferiores”. Era aplicada aos mestres das ordens militares, mas desde o século XVI é usada para designar aquele que dá preceitos ou instruções, educador, mentor, instrutor.

Para Mills et al.⁵, esse conceito é usado para designar o profissional que não é da academia e que tem importante papel na inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho. Ryan-Nicholls⁶, porém, usa o termo para designar o professor que ensina a um pe-

queno grupo de alunos ou residentes, com ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para tal prática.

A instituição deve garantir o cumprimento de normas regulamentares e estatutárias relativas aos ambientes de trabalho de seus residentes. O apoio necessário ao preceptor se refere a uma legislação para criar uma carreira própria que permita qualificação e especialização, remuneração justa e valorizada, a pesquisa transformadora da realidade social e a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Segundo Bain⁷ e Armitage⁸, o preceptor tem a função de estreitar a distância entre teoria e prática.

Supervisor: segundo o dicionário, é aquele que dirige, controla, vigia, cuida de tudo e se responsabiliza para que tudo se faça corretamente e de maneira segura⁹. Na literatura da área da saúde, o supervisor tem o papel de medir e desenvolver conhecimentos e habilidades de profissionais em início de carreira em seus próprios ambientes clínicos. O supervisor tem importante função para melhorar o nível de qualidade da atuação profissional, o que é bom para o próprio profissional e também para o usuário do serviço de saúde. A supervisão é um componente essencial, que marca a boa qualidade do cuidado com a saúde, sendo importante para melhorar o serviço ofertado ao paciente. Grealish e Carrol¹⁰ diferenciam supervisor de preceptor apenas pelo número de recém-formados (ou de alunos da graduação) por professor e pela atividade básica deste. Para esses autores, supervisão ocorre quando existem de seis a oito novos profissionais por professor, que basicamente atua na pesquisa e área acadêmica; já na preceptoría, a relação é de um único recém-formado por professor, um profissional que atua basicamente no serviço de saúde. Na verdade, a palavra supervisor pode ser usada em várias situações.

Butterworth (1992) *apud* Lith¹¹ defende que a ação do supervisor pode estar relacionada a uma relação de troca entre profissionais com o objetivo de desenvolver habilidades; Minot (1989) *apud* Lith¹¹ afirma que a supervisão pode estar ligada a um conceito de revisão da prática profissional e das reações do profissional a seu próprio trabalho; já o United Kingdom Central Council for Nursing Midwifery and Health Visiting – UKCC (1996) *apud* Lith¹¹ define que o supervisor pode estabelecer, com um recém-graduado, uma relação baseada na prática, demonstrando as próprias habilidades e guiando todo o processo de inserção do neófito.

Cutcliffe¹² afirma que há uma diferença no conceito de supervisão entre americanos e europeus. Segundo o autor, na literatura norte-americana, relacionam-se mais com o conceito de supervisor o treinamento de habilidade técnica profissional e a excelência no desempenho dessa habilidade, para que alguém possa exercer a supervisão. Já a literatura europeia faz maior aproximação do supervisor com os aspectos pessoais, relacionais e também clínicos do cuidado ao paciente. Para os europeus, é essencial que o supervisor funcione como suporte e seja capaz de proporcionar reflexão sobre a prática diária do profissional de saúde, função muito semelhante à do mentor.

Nas literaturas americana e europeia, **tutor** designa o professor que se preocupa em ensinar o aluno a “aprender a aprender”, principalmente para designar a atividade exercida pelo mentor; ou ainda designa as funções daquele que auxilia e estimula o processo de aprendizado no cenário da Aprendizagem Baseada em Problemas. Esse profissional é aquele que ajuda o residente a perceber e reconhecer suas potencialidades e fraquezas profissionais e pessoais, e tem importante papel na escolha da especialidade a seguir e do caminho a ser percorrido pelo jovem profissional.

O processo de ensino-aprendizagem (papel do preceptor)

A definição do papel a ser desempenhado pelo preceptor ainda é assunto muito controverso na literatura científica devido à grande dificuldade de estabelecer as reais funções desse profissional.

O preceptor não deve impor seu sistema de valores e crenças aos residentes, mas, sim, provocar conflitos cognitivos e estimular o questionamento dos valores dos residentes (questionamento do senso comum). O preceptor não se preocupa em transmitir teorias ou valores, mas incentiva a construção da autonomia do médico em formação.

O preceptor como orientador, supervisor, tutor, mentor

Na concepção empirista, aprender e ensinar aparecem sob a visão de que o conhecimento advém de alguém ou de algo fora do indivíduo, independentemente da vontade dele, que se torna um sujeito passivo nesse processo.

Alguns autores conceituam “orientar” como algo capaz de mostrar o caminho, de guiar, e outros o definem como estimular o raciocínio. O tutor não aparece nas exposições dos preceptores apenas como um guia, mas como um facilitador, que auxilia no processo de aprendizagem centrado no aluno. Os preceptores associam as funções pedagógicas ao “como fazer”, deixando claro que o profissional responsável pela formação do residente deve ter o domínio dessa habilidade. Ou seja, o preceptor deve dominar a habilidade técnica e também pedagógica.

O mentor é um profissional mais experiente que guia, orienta e aconselha um jovem no início de carreira e que tem ação primordial ao longo do crescimento pessoal e profissional, ultrapassando a orientação para estudo.

O preceptor como um educador

O educador tem a função de oferecer ao aprendiz um ambiente que lhe permita construir e reconstruir conhecimentos, num caminho que se trilha para formar pessoas transformadoras na sociedade a que pertencem. Pessoas estas comprometidas com a sociedade e que percebem a importância de seus papéis profissionais na construção da cidadania. Nesse sentido, educar é muito diferente de treinar.

Para Taylor¹³, o preceptor tem o instinto de transmitir ao residente tudo o que sabe, mas isto é insuficiente para o verdadeiro aprendizado porque não se foca o verdadeiro significado do aprender. Explicitar os pontos importantes do processo de ensino-aprendizagem é uma forma de tornar o residente mais ativo, mais independente nessa construção. Ampliar o conceito de educação na formação médica significa, então, passar de um processo de exclusiva aquisição de conhecimentos ou habilidades – baseado na exposição simples e pura de conteúdos e técnicas – para o desenvolvimento de uma consciência crítica profissional, com a qual o residente aprende conteúdos, técnicas e, sobretudo, aprende a “pensar e detalhar” todos os aspectos profissionais.

A expressão docente-clínico define bem quem o preceptor deve ser: um preceptor com habilidades pedagógicas e clínico no sentido de dominar habilidades técnicas e relacionais.

O preceptor como moderador na discussão de casos

As discussões clínicas distantes do paciente têm sido a tônica da formação médica, com foco principal nos exames laboratoriais e de imagem. Podemos notar, ainda, que existe discordância sobre a importância ou mesmo sobre a existência desse papel de observar o residente executando suas atividades. Isto é também relatado na literatura, chamando-se a atenção para a perda de oportunidade de oferecer *feedback* ao residente e o perigo de desconsiderar possíveis erros nas condutas com os pacientes.

A contribuição do preceptor para a formação moral

O processo de respeitar ou desenvolver um bom relacionamento não é algo que conseguimos ensinar. É importante que a formação moral na residência médica não seja centrada na discussão do código de ética ou na apresentação de modelos idealizados, mostrando uma moral exclusivamente heterônoma, baseada no seguimento de normas e princípios preestabelecidos (ética deontológica). O melhor cenário para ensino das habilidades éticas é o próprio local de trabalho, por meio da observação e discussão dos comportamentos e atitudes e do oferecimento de *feedback* pelos preceptores. A Bioética é considerada o campo que questiona o caráter absoluto e fora de contexto dos valores morais tradicionais, dos direitos e dos princípios. Esse questionamento é feito por meio do diálogo, do respeito às diferenças e de acordos e consensos. Ensinar as habilidades relacionais, que compreendem a formação ético-moral, e ao mesmo tempo se preocupar com o desenvolvimento dos atributos técnicos é o grande desafio dos preceptores.

Estratégias de regulamentação da preceptoria

Observamos a necessidade de estabelecer uma política clara de regulação da residência médica para o País, pois só assim será possível:

- Ampliar os mecanismos de fortalecimento e fomento de programas de residência médica nos Estados em que há maior carência de profissionais, de forma a viabilizar a permanência dos egressos dos cursos de graduação nesses locais;

- Priorizar as especialidades estratégicas para os gestores do SUS em cada região, de acordo com o perfil epidemiológico identificado e o quadro de recursos humanos existente, sem prejuízo das demais áreas de especialidade;
- Buscar estratégias de estímulo, durante a graduação, para incentivar o ingresso em programas de residência de interesse para o sistema;
- Discutir com os gestores do SUS as estratégias de estímulo para ingresso à carreira nas especialidades consideradas prioritárias¹⁴.

O apoio necessário ao preceptor se refere a uma legislação justa, que promova a regulamentação da preceptoría. Poderia ser criada mediante Portarias que regulamentem as atividades dos preceptores, como carga horária, direitos, deveres e funções. Sugere-se a criação de uma associação brasileira de preceptores médicos, *a priori* como um braço da ABEM, para dar suporte a dúvidas, denúncias, informações, etc.

Um longo caminho deve ser percorrido até obtermos apoio institucional para a preceptoría da residência médica no Brasil, mas ele existe e tem que ser iniciado por nós: lutando por uma legislação, buscando capacitação, usando os recursos financeiros existentes de maneira mais eficaz, assim como criando novas maneiras de atrair a atenção dos dirigentes para a importância do preceptor. A literatura e a legislação são parcas em relação ao processo de regulamentação do papel do preceptor, e dentre elas citamos as da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal¹⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário o desafio de um exercício de preceptoría calcado na prática médica assistencial em que a responsabilidade profissional, o relacionamento humano, a capacidade de organização, a prática avaliativa e o domínio do conteúdo constituam eixos orientadores da própria prática. A estes eixos se acrescentam os aspectos éticos e humanísticos e sua capacidade de educação permanente. No entanto, há necessidade de uma capacitação didática do preceptor para o desempenho de suas funções.

Discutir os aspectos didático-pedagógicos envolvidos nesta função pode melhorar o processo de formação de preceptores humanistas e técnicos competentes que

possuam conhecimento, habilidades psicomotoras, atitudes e comportamento ético e compromisso social.

A regulamentação da função de preceptor constitui medida urgente para que todos saibam e reconheçam sua área de atuação, seus direitos e deveres.

Atuar como preceptor é um ofício pleno de desafios diários, busca constante de conhecimentos, questionamentos e, sobretudo, significa acreditar que podemos contribuir de maneira profícua na formação de médicos competentes em suas especialidades e conscientes de suas responsabilidades sociais.

REFERÊNCIAS

1. Nunes MDPT, Michel JLM, Haddad AE, Brenelli SL, Oliveira RAB. A residência médica, a preceptoría, a supervisão e a coordenação. Cadernos ABEM. 2011; 7:35-40.
2. Brasil. Decreto Presidencial nº. 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, de 6 set. 1977. [capturado em: 22 out 2012]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13087&Itemid=506.
3. Brasil. Lei n. 6932 de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, de 09 jul. 1981.
4. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº 02/2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, de 17 mai. 2006; Seção 1: 23-36.
5. Mills JE, Francis KL, Bonner A. Mentoring, clinical supervision and preceptorship: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. Rural Remote Health. 2005; 5 (3):410.
6. Ryan-Nicholls K. Preceptor recruitment and retention. Can Nurse. 2004; 100(6):19-22.
7. Bain L. Preceptorship: a review of the literature. J Adv Nurs 1996;24(1):104-107.
8. Armitage P, Burnard P. Mentors or preceptors? Narrowing the theory-practice gap. Nurse Educ Today 1991;11(3):225-229.
9. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
10. Grealish L, Carroll G. Beyond preceptorship and supervision: a third clinical teaching model emerges for Australian nursing education. Aust J Adv Nurs 1997; 15(2): 3-11.
11. Lyth GM. Clinical supervision: a concept analysis. J Adv Nurs 2000;31(3):722-729.
12. Cutcliffe JR, Lowe L. A comparison of North American and European conceptualizations of clinical supervision. Issues Ment Health Nurs 2005; 26(5): 475-88.
13. Taylor RB. Academic Medicine: a guide for clinicians. New York: Springer, 2006.

14. Michel JLM, Oliveira RAB, Nunes MPT. Residência Médica no Brasil: Panorama geral das especialidades e áreas de atuação reconhecidas, situação de financiamento público e de vagas oferecidas. *Cadernos ABEM*. 2011; 7:7-12.
15. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Edital nº 06, de 29 de fevereiro de 2012.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface – Comunidade Saúde Educ*. 1998; 2(2):139-154.

Bittar OJNV. Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos Hospitais de Ensino. *Rev Adm Saúde*. 2002; 5(17):9-18.

Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: Quais são seus papéis? *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32 (3): 363–73.

Botti SHO. O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Rio de Janeiro; 2009. Doutorado (Tese) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Brasil. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde no âmbito do Ministério da Educação. Artigos de 13 a 18. Assinada em Brasília, 30 de junho de 2005.

Brasil. Resolução CNRM Nº 02, de 07 de julho de 2005. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica. *Diário Oficial da União*. Brasília; 14 jul 2005; Seção I: 59-61.

Brasil. Decreto no 57.865, de 13 de março de 2012 de São Paulo. Dispõe sobre quantificação e critérios para concessão da Gratificação de Preceptor - GP, a que se referem os artigos 18, inciso III, e 22 da Lei Complementar nº 1.157, de 2 de dezembro de 2011.

Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 124, de 24 de junho de 2008. Dispõe sobre o Regulamento dos Pro-

gramas de Residência em Área Profissional da Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Publicada no DOU nº 122 de 26 de junho de 2009.

Chemello D, Manfrói WC, Machado CLB. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo preceptorial em um minuto. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(4):664–9.

Feuerwerker LCM. Changes in medical education and medical residency in Brazil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 1998; 2(3):51-71.

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Regulamento geral das residências médicas da FHEMIG, Julho/2002.

Missaka H, Ribeiro VMB. A Preceptorial na Formação Médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica 2007-2009. *Rev Bras Educ Med*. 2011; 35(3):303-10.

Pereira LA, Lopes MGK, Lugarinho R. Termo de Referência - Oficina I. Diretrizes curriculares nacionais e níveis de atenção à saúde: como compatibilizar? Ocorrida no VII Congresso Nacional da Rede Unida (falta local e data do congresso).

JHL, Constantino CF. O médico residente como força de trabalho. *Ver Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2002; 6:821-5.

Pontes AL, Rego S, Junior AGS. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. *Rev Bras Educ Med*. 2006; 30(22):66-75.

Rodríguez CA, Neto PP, Behrens MA, Paradigmas Educacionais e a Formação Médica. *Rev Bras Educ Med*. 2004; 28(3): 234-41.

Silva GTR, Espósito VHC, Nunes DM. Preceptorial: um olhar sob a ótica fenomenológica. *Acta Paul Enferm* 2008;21(3):460-5.

Trajman A, Assunção N, Venturi M, Tobias D, Toschi W, Brant V. A preceptorial na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(1): 24-32.

Wuillaume SM, Batista NA. O preceptor na residência médica em Pediatria: principais atributos. *J Pediatr (Rio J)*. 2000;76(5):333-8.



Universidade Federal do Maranhão

O ensino e a assistência a valorização e reconhecimento da preceptoría na residência médica do Maranhão.

O Ensino e a Assistência: Valorização e Reconhecimento da Preceptoría na Residência Médica do Maranhão

Dalva Lobato Miranda^I / Erika Krogh^I / Janne Eyre F. Brito da Costa^I / Jorge Antonio Meireles Teixeira^I / José Domingos Soares Miranda^I / José Lauletta Neto^I / José Pereira Guará^I / Keila Regina Santos Cruz^I / Márcia da Silva Sousa^I / Maria José da Silva de Souza^I / Maria Regina de Mello^I / Martinha Elisa da Silva Matos^I / Marynéa do Vale Nunes^I / Mauritonio Rodrigues Barbosa^I / Patrícia Franco Marques^I / Roberta Borges Correia de Albuquerque^I / Rosimarie Moraes Salazar^I / Roxana Desterro e Silva Cunha^I / Waston Gonçalves Ribeiro^I / Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves^I / Daniela Sobrino^{II} / Vera Lúcia Garcia^{III} / Lia Márcia Cruz da Silveira^{IV}

Palavras-chave: Residência Médica. Preceptor. Capacitação Pedagógica. Formação Médica.

RESUMO

Aborda-se a história da residência médica em São Luís (MA), que se iniciou em 1980, e os problemas da preceptoría na residência médica no Estado, levantados e discutidos durante a realização do Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría na Residência Médica, promovido pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) em parceria com a Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Centro Colaborador do curso no Maranhão. Os participantes do curso, divididos em dois grupos de trabalho, focam, cada um, uma questão norteadora relacionada à residência médica, que gera uma pergunta de aprendizagem e produto. Os grupos direcionaram a discussão para a institucionalização e a valorização da função do preceptor. As sínteses coletivas enfatizaram os desafios

do exercício da preceptoría concomitante à assistência médica e a sobrecarga de trabalho, e apresentam estratégias de solução para estas questões.

INTRODUÇÃO

No Estado do Maranhão, a capital São Luís e o município de Caxias oferecem programas de residência médica. Em São Luís, os programas são desenvolvidos pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Secretaria Estadual de Saúde (SES/MA) e Secretaria Municipal de Saúde de São Luís (SEMUS/SLZ). Em Caxias, o programa é ofertado pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS/CX). Em 2011, o Maranhão contava com 12 programas de residência médica com um total de 69 vagas, sendo 50 preenchidas¹.

I Preceptores de Residência Médica do Estado do Maranhão.

II Tutora do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría na Residência Médica.

III Orientadora de Aprendizagem do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría na Residência Médica.

IV Supervisora do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría na Residência Médica.

A UFMA atualmente oferta 55 vagas aos programas de acesso direto: Anestesiologia (quatro vagas); Cirurgia Geral (nove); Clínica Médica (nove); Obstetrícia e Ginecologia (dez); Ortopedia e Traumatologia (quatro); Oftalmologia (duas); Patologia (duas) e Pediatria (15). Para os programas de acesso indireto são ofertadas 12 vagas: Cardiologia (duas); Endocrinologia (três); Gastroenterologia (duas); Medicina Intensiva (duas) e Nefrologia (três), cujo pré-requisito é Clínica Médica, e três vagas para ingresso em Cirurgia Cardiovascular (uma vaga) e Urologia (duas vagas), cujo pré-requisito é Cirurgia Geral. Também são ofertadas oito vagas em anos opcionais no programa de residência médica em Pediatria (área de concentração em Neonatologia – cinco vagas; Infectologia Pediátrica – uma vaga; e Medicina Intensiva Pediátrica – duas vagas) e duas vagas em anos opcionais para Nefrologia – uma vaga; e Urologia – uma vaga (área de concentração em Transplante Renal).

A SES/MA oferta atualmente 11 vagas, sendo sete para Cirurgia Geral e quatro para Clínica Médica. Ambos os programas são desenvolvidos no Hospital Tarquínio Lopes Filho em São Luís.

A SEMUS/CX oferta quatro vagas aos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade e Ginecologia e Obstetrícia. Atualmente, o município dispõe de um médico residente em Ginecologia e Obstetrícia. Já a SEMUS/SLZ oferece duas vagas ao programa de residência em Medicina de Família e Comunidade, sendo que o processo seletivo deverá ser reiniciado em 2013 após dois anos sem realização de prova.

A história da implantação dos programas de residência médica no Estado do Maranhão tem início em 1980, quando foram abertos programas nas cinco áreas básicas – Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, e Medicina Social e Comunitária – em dois hospitais da rede do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Essa iniciativa contava com a oferta de nove vagas em cada um dos programas.

Ao longo dos primeiros dez anos, esses programas receberam residentes em quantidade coerente com a valorização da especialidade pela sociedade e disponibilidade de mercado de trabalho. Dessa forma, programas como Pediatria e Medicina Social e Comunitária viram diminuir a sua demanda, fato que levou à desativação do último por falta de candidatos, reproduzindo o que

acontecia em outros Estados brasileiros. Somente em 2010, o programa de residência em Pediatria reverteu a situação de oferta de vagas superior à procura, aumentou o número de vagas e matriculou 12 residentes.

O número de programas em funcionamento se manteve inalterado mesmo quando, em 1991, os dois hospitais do INAMPS passaram para a gestão da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), conformando o complexo do hospital universitário com duas unidades: o Hospital Universitário Materno Infantil e o Hospital Universitário Presidente Dutra.

Já sob a gestão da UFMA, em 1995, foi implantado o programa de residência médica em Ortopedia e Traumatologia, ainda hoje em funcionamento, após breve interrupção das atividades.

Nova expansão da oferta de programas ocorreu no ano de 2001 com a implantação dos programas de Cardiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia e Nefrologia com Clínica Médica como pré-requisito, Medicina Intensiva com Anestesiologia, Cirurgia Geral e Clínica Médica como pré-requisitos, e Urologia e Cirurgia Cardiovascular, cujo pré-requisito é Cirurgia Geral.

Em 2009, foi implantado o programa de Anestesiologia, e em 2011 ocorreu a última expansão do período com a implantação do programa de Oftalmologia e oferta de anos opcionais nas áreas de Transplante e de Pediatria: uma vaga para dois anos opcionais na Nefrologia, uma vaga para ano opcional na Urologia, cinco vagas na Neonatologia, uma vaga na Infectologia Pediátrica e outra vaga na Medicina Intensiva Pediátrica.

Nesse mesmo ano, se iniciaram os programas de residência em dois outros hospitais do Sistema Único de Saúde do Maranhão. Um deles em São Luís – Hospital Tarquínio Lopes Filho – Clínica Médica e Cirurgia Geral – e outro em Caxias – Ginecologia e Obstetrícia e Medicina de Família e Comunidade. O programa de residência em Medicina de Família e Comunidade da SEMUS/SLZ, iniciado em 2007, atualmente está em processo de reestruturação, com previsão de abertura de vagas a partir de 2013.

Hoje, o Hospital Universitário da UFMA conta com 124 residentes e já formou 938 médicos residentes nas diferentes especialidades.

O desafio atual inclui implantar programas em especialidades específicas, aumentar a oferta de vagas em outras especialidades e qualificar os programas existentes

de modo a superar o cenário atual, em que sobram vagas em alguns programas e faltam médicos habilitados nessa especialidade nos serviços, a exemplo da Terapia Intensiva. Essa qualificação inclui a formação de preceptoria, de modo que o processo de ensino em serviço – que caracteriza a residência médica – cumpra a sua função e torne mais evidente o que já é possível perceber: a diferença nítida de conhecimento, postura, pensamento clínico organizado e ético entre os médicos que fizeram e os que não fizeram residência.

A Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM/MA) já solicitou e aguarda o credenciamento de novos programas ou vagas em Medicina Intensiva (duas vagas); Cirurgia Videolaparoscópica (uma vaga) no Hospital Tarquínio Lopes Filho/SES e Coloproctologia (duas vagas), Neurocirurgia (duas vagas), Radiologia (duas vagas) e Pneumologia (duas vagas) no Hospital Universitário da UFMA.

Ainda com base nas informações da CEREM/MA, é baixa a relação entre o número de vagas ofertadas e o número de médicos formados por ano no Maranhão. Atualmente são formados, em média, 280 médicos por ano no Estado, egressos de três faculdades – UFMA, UNICEUMA e UEMA –, enquanto a oferta é de menos de cem vagas por ano. As áreas consideradas prioritárias para o Estado são Pediatria, Anestesiologia, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica e Medicina de Família e Comunidade, além de médicos emergencistas (ano opcional de Clínica Médica em Medicina de Urgência) para atendimento à organização da rede de Urgência e Emergência do Estado.

O Programa Pró-Residência, iniciativa do Ministério da Saúde para desenvolvimento de formação em áreas de maior necessidade, já está implantado em Caxias na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia. Porém todos os outros programas existentes são financiados pelo Ministério da Educação.

Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria da Residência Médica no Maranhão

O conjunto de preceptores participantes do Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria da Residência Médica no Maranhão – em parceria com a UFMA – é composto por pre-

ceptores oriundos dos programas da UFMA e da SEMUS Caxias. Esses preceptores estão organizados em dois grupos, denominados *Oficiosos* e *Somos brasileiros e não desistimos nunca*. Cada grupo priorizou um problema que deu origem a uma pergunta. O movimento para responder a cada uma das perguntas envolveu busca na literatura, elaboração de síntese individual e posteriormente uma segunda síntese, elaborada coletivamente.

O grupo *Oficiosos* traduziu o problema priorizado na pergunta: *Como a instituição deve valorizar o exercício da preceptoria como importante componente do ensino médico?* A resposta elaborada partiu da importância da preceptoria para o ensino médico, o que é e como deve ser desenvolvida, como descrito a seguir.

Síntese coletiva do grupo OFICIOSOS

A preceptoria constitui uma atividade indispensável do processo ensino-aprendizagem do acadêmico de Medicina e do médico residente, facilitando a sua transição do academicismo ao cotidiano prático do exercício da profissão, com segurança e eficácia atribuídas ao bom profissional. Entretanto, a despeito de seu papel-chave nesse processo de habilitação e aplicação do conhecimento teórico acumulado nas universidades em atividades prático-assistenciais, o exercício da preceptoria permanece na informalidade, sem normatização específica e a devida valorização pelas instituições.

O exercício da preceptoria médica nas instituições do Brasil está atrelado ao voluntariado e idealismo de alguns profissionais com a formação dos novos médicos que entram no mercado a cada ano. Observa-se que esta “profissão” realmente é “oficiosa” porque, ao se ingressar numa instituição para realizar trabalho assistencial, assume-se a condição de “professor/preceptor” sem remuneração, sem capacitação, sem valorização, sem reconhecimento e, muitas vezes, sem condições técnicas.

Os médicos recém-formados necessitam, além do aperfeiçoamento técnico, da aquisição de comportamentos e atitudes éticas, competências a serem desenvolvidas – na observância de profissionais médicos mais experientes – e centradas no ensino como agente transformador da sociedade. A principal função do preceptor é ensinar a clinicar, por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas. Portanto, entre as suas caracte-

ísticas marcantes devem estar o conhecimento e a habilidade em desempenhar procedimentos clínicos. Nesse sentido, o preceptor se preocupa principalmente com a competência clínica ou com os aspectos de ensino-aprendizagem do desenvolvimento profissional, favorecendo a aquisição de habilidades e competências pelos recém-graduados, em situações reais, no próprio ambiente de trabalho² (p. 365).

Ryan-Nicholls³ usou o termo preceptor para designar o professor que ensina a um pequeno grupo de alunos ou residentes, com ênfase na prática clínica e no desenvolvimento de habilidades para tal prática.

A carreira acadêmica docente, na imensa maioria das universidades brasileiras, ainda desconsidera as atividades relacionadas à residência médica. Os preceptores, os supervisores de programas de residência médica, além dos coordenadores das Comissões de Residência Médica (Coreme) carecem de capacitação, reconhecimento e remuneração adequados à função⁴.

Antes, e acima de tudo, o preceptor deve reconhecer a residência médica como etapa da educação em serviço, e não mera prestação de serviço. A distância entre o que deve ser feito e o que é realmente feito pelo preceptor decorre do fato de se considerar que, para exercer essa função, basta apenas ser um bom médico. Ocorre que formação pedagógica e didática é essencial para exercer a preceptoria. Esse profissional precisa desenvolver as potencialidades de médico, professor, supervisor e pessoa^{5,6}. A formação dos preceptores deve incluir ainda a capacitação para avaliação por competências, pois o que se observa é a cobrança de atividades avaliativas nessa perspectiva, sem que haja qualquer capacitação neste sentido.

O binômio preceptor/residente é de alta complexidade, haja vista que o residente, além de aperfeiçoamento técnico, necessita de outros conhecimentos e atitudes, de tal forma que ao encerrar seu curso seja reconhecido como profissional capaz de cuidar da saúde do paciente, com competência, dignidade ética e humanismo⁷.

Como forma de institucionalizar o ato da preceptoria, a iniciativa do professor Antônio Carlos Lopes junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) resgatou a função do preceptor com a criação de uma bolsa por meio da Resolução CNRM 8/2004, que esbarrou em leis trabalhistas que inviabilizaram a proposta, culminando com sua revogação⁸.

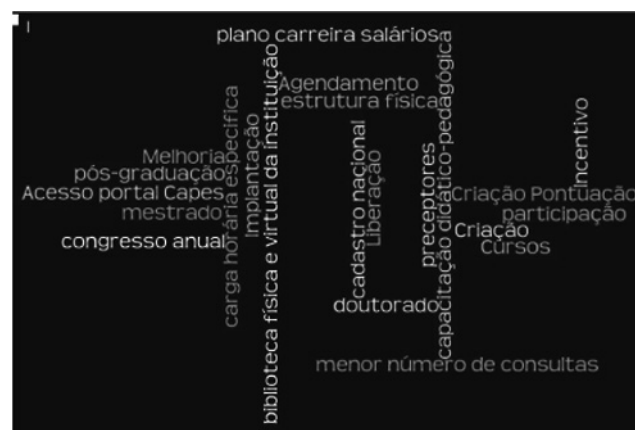
O relatório do Fórum sobre Residência Médica realizado no Cremerj⁹ sintetiza os anseios dos preceptores:

1. Remuneração;
2. Realização de cursos de capacitação pedagógica;
3. Certificação;
4. Criação de um cadastro nacional para preceptores;
5. Acesso ao Portal Capes;
6. Criação de uma pontuação no Plano de Carreiras dos médicos que trabalham com preceptoria;
7. Liberação dos preceptores para participarem de um congresso anual;
8. Implantação de uma carga horária específica para os profissionais que atuam como coordenadores e supervisores de residência médica.

Sobre a atividade da preceptoria em outros países, a experiência de uma instituição canadense revela que os candidatos à função de preceptoria reconhecem como positivo ser designado oficialmente instrutor clínico, passando a possuir endereço eletrônico da universidade, ter acesso pleno à biblioteca, incluindo a virtual, participar de programa de desenvolvimento docente e dispor de apoio psicopedagógico individual para a função.

Para melhor visualização dos pontos que valorizam a prática da preceptoria com base na literatura consultada pela equipe foi elaborado o Wordle (Figura 1).

Figura 1
Wordle dos pontos que valorizam a preceptoria



O grupo *Somos brasileiros e não desistimos nunca* traduziu o problema de identificação de estratégias de balanceamento da assistência médica com a atividade da preceptoria, priorizado na pergunta: *Como otimizar a*

assistência médica e a preceptoria com sobrecarga de trabalho e desvalorização do profissional médico nas unidades docente-assistenciais? A resposta elaborada partiu do entendimento do papel único do preceptor que atua como médico e educador e da busca de estratégias de otimização desta atuação a partir da realidade da sobrecarga de trabalho, como descrita nos próximos parágrafos.

Síntese coletiva do grupo SOMOS BRASILEIROS e NÃO DESISTIMOS NUNCA

“[...] estou vivenciando esta pergunta, sentindo na alma a falta de tempo, a sobrecarga de serviço, a falta de médicos e outros profissionais [...] UTI com lotação máxima [...] não achei nenhuma solução na literatura para este caos”. (médica preceptora da UTI Neonatal)

Infelizmente, a frágil estrutura do sistema de saúde pública do País abrange uma discussão que ultrapassa a esfera da assistência tecnicista dos profissionais de saúde. Esta é uma questão de debate nacional com a classe política, sociedade civil e de classes, sindicatos, etc.

O ideal seria que não fenecessem as energias individuais em prol do melhoramento da assistência. Ao contrário, que sejam captadas forças em favor de um bem comum: saúde de qualidade para todos, inclusive para os profissionais que promovem esta saúde.

Em meio a esta atmosfera de incertezas e insegurança profissional, encontra-se a residência médica e juntamente a ela duas figuras inseparáveis: o médico residente e o seu preceptor. Entendamos o preceptor como o profissional médico que atua assistencialmente em quaisquer unidades docentes assistenciais e que representa a figura do orientador, tutor, guia, professor, facilitador, moderador, parceiro e educador e um novo profissional médico. Este profissional, que acaba de chegar ao seu espaço de trabalho definitivo, de início não tem experiência prévia da real responsabilidade dos seus atos sobre pessoas que buscam atendimento nestas unidades de ensino-saúde.

De modo geral, o médico, comparado a outros profissionais que não são da área da saúde, tem maior carga horária diária, tira menos tempo de férias e trabalha por maior número de anos do que a população em geral. Assim também é o preceptor, que é submetido a riscos

inerentes a sua atuação (riscos biológicos, físicos, químicos e ergonômicos) e que, além da insalubridade psicológica da profissão, ainda se posiciona numa dialética de assistência e de ensino num ambiente de trabalho algumas vezes desorganizado e inadequado nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

O preceptor é, portanto, o profissional médico que sofre com a exiguidade de tempo, sem ter seu papel de agente duplo (médico e educador) reconhecido nem pela instituição em que atua, nem tampouco pelo burocrático sistema de gestão de saúde pública em todas as suas esferas e níveis de atuação. É um professor fadado à sobrecarga de trabalho e ainda assim com o compromisso de se portar como um espelho no qual os residentes devem se mirar. Será justo portar tamanha responsabilidade e não ter o reconhecimento e a valorização cabíveis?

Em meio a este cenário é que procuramos soluções, ainda que sem remuneração e valorização do nosso trabalho, porém reconhecendo o nosso compromisso com o processo de ensino.

Listamos a seguir algumas sugestões.

Passo I – Planejamento pedagógico

Definir conteúdos e metas

Antes da entrada do residente no setor de atuação, cada preceptor deve definir conceitos, procedimentos a serem praticados, como deverá ser o posicionamento do residente em seu espaço de trabalho-aprendizado, horário de permanência, etc. Deve-se ainda planejar quais estratégias pedagógicas podem ser aplicadas para otimizar o processo de ensino sem prejuízo ao tempo de assistência.

Espaço pedagógico

Em cada ambiente de atuação da preceptoria, define-se um espaço físico em que deverão acontecer as pesquisas científicas, as discussões, aulas, espaço tira-dúvidas.

Avaliação

Deve-se estabelecer como e quando os residentes serão avaliados, quais os critérios de avaliação, atentando para o impacto desta avaliação na atuação do residente: mudança de atitudes, postura proativa.

Passo 2 – Suporte pedagógico à preceptoria

De alguma forma, seja no ambiente virtual, seja por cursos presenciais periódicos ou mesmo em reuniões de preceptores na Coreme, os preceptores precisam rotineiramente ser estimulados e orientados a abordar de maneira crítico-reflexiva os seus residentes.

Passo 3 – Assistência médico-psicológica à residência médica

A presença de um terceiro olhar sobre o preceptor e o residente é essencial para a detecção precoce de atitudes e situações de risco que possam levar a *over-stress*, síndrome de *burnout*, síndrome do pânico ou quaisquer outras afecções psiquiátricas próprias da atuação assistencial dos médicos – tutores e alunos.

SUGESTÕES

- Reivindicação do reconhecimento da prática da preceptoria médica como área de atuação da medicina;
- Valorização salarial da classe médica com remuneração diferencial para a figura do preceptor;
- Redução da carga horária, sem prejuízo salarial;
- Contratação de mais profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais – enfim, equipes de saúde multidisciplinares;
- Melhoria dos espaços físicos, observando que as unidades docentes assistenciais são ambientes di-

ferenciados e que espaços pedagógicos são essenciais em todos os setores, além do aparelhamento moderno e necessário à prática médica contemporânea;

- Incremento da bolsa dos residentes, de modo que estes possam ter dedicação exclusiva à residência, sem necessidade de plantões extras fora de suas unidades de ensino para complementação de renda.

REFERÊNCIAS

1. Michel J LMM, Lopes Júnior A, Santos RA, Oliveira RAB, Rebelatto JR, Nunes MPT. Residência Médica no Brasil: panorama geral das especialidades e áreas de atuação reconhecidas, situação de financiamento público e vagas oferecidas. Cadernos da ABEM. 2011; 7:13-27.
2. Botti SHDO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? Rev. Bras. Educ. Méd. 2008; 32(3):363-373.
3. Ryan-Nicholls K. Preceptor recruitment and retention. Can Nurse. 2004;100(6):19-22.
4. Trajman AN. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. Rev. Bras. Educ. Méd. 2009; 33(1): 24-32.
5. Missaka H, Ribeiro VMB. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica 2007-2009 Rev. Bras. Educ. Méd. 2011; 35(3): 303-310.
6. Nunes MDPT, Michel JLM, Haddad AE, Brenelli SL, Oliveira RAB. A residência médica, a preceptoria, a supervisão e a coordenação. Cadernos ABEM. 2011; 7:35-40.
7. Botti SHDO, Rego S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. Rev. Bras. Educ. Méd. 2010; 34(1):132-140.
8. Simões JC, Maeda AK. O preceptor de residência médica: esta figura (in)discutível. Revista do Médico Residente. 2011; 13(2):85-86.
9. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Residência: CREMERJ luta pela valorização da preceptoria. Rio de Janeiro: CREMERJ; 2011.



Universidade Federal de Mato Grosso

Integração do ensino no serviço e comunidade do curso para preceptores de residência médica da ABEM até a valorização da preceptoria no estado de Mato Grosso.

Integração do Ensino no Serviço e Comunidade: do Curso para Preceptores de Residência Médica da ABEM à Valorização da Preceptoría no Estado de Mato Grosso

Ana Maria Coelho Bezerra Martins^I / Anderson Cunha^I / Carine Jara da Silva Cardoso^I / Carla L. Preza Borges^I / Fabrícia Campos^I / Daise Amaral Torres^I / Egon Neis^I / Eliana Maria Siqueira de Carvalho^I / Jair Giampani Júnior^I / João Félix Dias^I / José Alberto Dias^I / Luciana Graziela de Oliveira Boiça^I / Maria Helena Bragança^I / Marisa Nishitani Dias^I / Nicolau Ávila Cruz^I / Pedro Luis reis Crotti^I / Renata Silvia da Silva Amoroso Luque^I / Sandra Coenga de Souza^I / Simary Laura de Almeida^I / Ademir Lopes Junior^{II} / Reinaldo Gaspar da Mota^{II} / Luisa Fogarolli de Carvalho^{III} / Denise Herdy Afonso^{IV}

Palavras-chave: Preceptor. Educação Médica. Integração Ensino, Serviço e Comunidade.

RESUMO

Considerando a estratégia de inserção dos alunos nos diversos cenários de atividades práticas, na perspectiva de integração ensino, serviço e comunidade, o preceptor tem grande importância na formação médica, uma vez que possibilita vivências imprescindíveis ao aprendizado significativo. Durante o Curso de Competência Pedagógica de Preceptores da Residência Médica, promovido pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) no Estado de Mato Grosso, e durante a Iª Oficina de Integração Ensino, Serviço e Comunidade, constatou-se que o preceptor da residência médica necessita de oficialização e reconhecimento dos diversos atores da educação médica. Verificou-se ainda a necessidade de melho-

rar as condições para o desempenho das atividades do preceptor, que deve ser preparado adequadamente para o exercício de suas funções de ensino e assistência, bem como valorizado de forma justa pelos gestores em saúde e educação. Assim, com base nas discussões realizadas nesses eventos, buscou-se uma compreensão ampliada da realidade à luz da ideal integração ensino, serviço e comunidade, e do papel das instituições na formação de preceptores qualificados e valorizados.

INTRODUÇÃO

A formação médica consiste na transmissão de conhecimentos teóricos específicos, aplicados por meio de vivências práticas relacionadas ao cuidado com a saúde de pes-

I Preceptor de Residência Médica do Estado do Mato Grosso.

II Tutor do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría da Residência Médica.

III Orientadora de Aprendizagem do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría da Residência Médica.

IV Supervisora do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría da Residência Médica.

soas ou populações. Historicamente, desde a antiga Grécia, os responsáveis pelo repasse destes saberes e práticas eram aqueles que preenchiam critérios de qualificação com base na experiência adquirida na arte de curar. Tanto na Europa do século XIV, quanto nos Estados Unidos, durante o século XVIII e parte do século XIX, a educação formal em escolas regulares era considerada suplementar, uma vez que o principal aprendizado médico se dava em estágios práticos em que o candidato ao título de doutor em medicina deveria, durante no mínimo um ano, exercer a prática médica supervisionada por um médico preferencialmente bem conceituado.

No Brasil Colônia, há registros de profissionais habilitados a praticar a medicina sem qualquer formação teórica. Eles eram treinados durante um período variável acompanhando médicos e cirurgiões diplomados, centrados na experiência e prática diárias.

De acordo com as mudanças sociais e políticas no País, a formação médica vem sofrendo reformas importantes, cabendo atualmente ao Ministério da Educação (MEC) estabelecer regras e critérios utilizados no acompanhamento das instituições responsáveis pela formação médica. Cabe lembrar que a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) é o órgão vinculado ao MEC responsável pelos critérios e programas de residência médica no Brasil. Entre os critérios de avaliação e valorização da qualidade do ensino oferecido pelas instituições superiores, o MEC considera o perfil do quadro de docentes das diversas faculdades de Medicina do País. Desde o ano de 2001, com as novas Diretrizes Curriculares para o ensino médico, preconiza-se que os médicos tenham sua formação nos diversos cenários das atividades práticas. Neste cenário onde ocorre a integração ensino-serviço, cabem ao preceptor a inserção e o acompanhamento do médico residente nestas atividades.

Neste sentido, as atividades de ensino, pesquisa e extensão fazem parte dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação, pós-graduação e residência médica. Portanto, discutir o papel do preceptor na educação médica à luz da integração ensino-serviço-comunidade é condição fundamental para compreender de forma ampliada o contexto deste complexo cenário de atuação do preceptor.

Cabe destacar que, embora o preceptor desenvolva atividades de ensino, seu vínculo institucional se dá pela rede de assistência à saúde e não pelas instituições formadoras, o que tem gerado grandes dificuldades na exe-

cução de atividades de ensino em decorrência da desvalorização por parte das instituições.

OFICINA DE TRABALHO INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

A proposta de uma oficina de trabalho para discutir metas e necessidades dos cursos da área da saúde teve por objetivo contribuir com os pressupostos e o desenvolvimento de políticas de integração de ensino-serviço-comunidade, a partir da construção de um plano de trabalho para reorganização das práticas e dos estágios curriculares dos cursos de graduação, pós-graduação e residência médica da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) na rede de serviços de saúde dos municípios parceiros, com um foco mais específico na Atenção Primária, onde atua boa parte dos preceptores participantes do Curso de Competência Pedagógica de Preceptores da Residência Médica.

As limitações dos serviços, as premências da comunidade e as características da atividade ensino-aprendizagem se inter-relacionam, produzindo um cenário de dificuldades e desafios que só podem ser superados com o amadurecimento das relações institucionais e com a busca do entendimento e da cooperação propositiva. Neste contexto encontra-se a figura do preceptor.

A Oficina Integração Ensino Serviço Comunidade (Iesc) foi uma iniciativa da Administração Superior, organizada pela vice-reitoria e pró-reitoria de graduação, que instituíram uma comissão organizadora para os trabalhos que contou com o apoio da ABEM e do Pró/PET-Saúde.

Esta oficina reuniu 74 participantes – diretores, coordenadores, docentes e discentes dos cursos da saúde e áreas afins, gestores municipais da área da saúde e profissionais envolvidos com preceptoria e orientação de serviço –, bem como alguns representantes da comunidade, que discutiram a integração ensino-serviço-comunidade durante dois dias, por meio da metodologia da problematização.

Em números, a oficina contou com vários segmentos: alunos de cursos de graduação, pós-graduação e residência médica, 44 da UFMT e de outras instituições de ensino superior, 20 docentes, 9 preceptores vinculados à rede de saúde dos municípios de Cuiabá e Várzea Grande, e um representante do controle social. A coordenação dos trabalhos contou ainda com a colaboração dos professores convidados Denize Herdy Afonso (Uerj), Luisa Fogarolli

de Carvalho e Ademir Lopes Júnior, que contribuíram com palestras, sistematização de resultados dos grupos de trabalho e avaliação das diversas etapas propostas.

Opção metodológica

Para a organização da oficina utilizamos a metodologia da problematização. A referência para essa metodologia é o Método do Arco, de Charles Maguerez, constituído por cinco etapas, desenvolvidas a partir da realidade ou de um recorte da mesma: observação da realidade e definição do problema, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade¹.

Descrição das atividades

A cada subgrupo de dez participantes, coordenado por um preceptor ou residente do Programa de Medicina de Família e Comunidade, foi solicitada a elaboração de uma lista de problemas ligados à “integração ensino, serviço e comunidade” (lesc). Com base nesses problemas, partiu-se para a “teorização”, quando foram disponibilizados quatro textos sobre os seguintes temas: integração ensino-serviço-comunidade; integralidade da atenção à saúde e interdisciplinaridade; trabalho em equipe multiprofissional.

Resultado da Oficina de Integração Ensino, Serviço e Comunidade

A partir das questões norteadoras, foram elencados os principais problemas na integração ensino serviço e comunidade que afetam diretamente o preceptor:

- Escassa participação de gestores locais na definição das políticas de saúde;
- Na maioria das UBS, a infraestrutura é limitada para o ensino, necessitando de adequações;
- Necessidade de melhor comunicação entre os cursos da área da saúde;
- Desinteresse do poder público em entender a necessidade de reformulação do processo ensino-aprendizagem;
- Discreto vínculo dos preceptores e demais trabalhadores da UBS, que se queixam de falta de remuneração como forma de valorização do trabalhador das UBS;

- Pouca articulação entre a universidade e a rede de saúde – necessidade de planejamento conjunto;
- A comunidade não conquistou espaço para participar do planejamento, não é corresponsável e não recebe retorno das pesquisas de que participa;
- Necessidade de institucionalizar a articulação entre ensino e serviço;
- Em muitos casos, a extensão e pesquisa não consideram as necessidades do serviço e da comunidade;
- Falta de domínio na formulação de metodologias ativas para os preceptores;
- Dificuldade de integração dos profissionais e academia para o diagnóstico situacional, planejamento e avaliação das práticas e estágios;
- Falta de prioridade das atividades de ensino nas instituições;
- Falta de compreensão: o espaço de trabalho é um espaço de ensino;
- Falta de conhecimento do aluno, professor e preceptor acerca das propostas do projeto político pedagógico dos cursos;
- Falta de comprometimento dos atores;
- Falta de reconhecimento dos profissionais nas universidades.

Neste documento, além da formação de uma rede de integração ensino, serviço e comunidade, sugerimos a discussão permanente destes e de outros problemas que envolvem diretamente o preceptor. Assim, propomos:

- Iniciar o processo de integração no seio da própria UFMT, com aproximação e troca de experiências entre os diferentes cursos da área de saúde, promovendo políticas integradas entre os cursos de saúde em seus diversos estágios;
- Institucionalizar, nos diversos cursos de saúde, as atividades voltadas ao fortalecimento do SUS, por meio da educação permanente, qualidade e atenção à população;
- Institucionalizar as propostas deste documento como meta da nova gestão, visando concretização nas unidades (colegiado, congregação), de modo a envolver a comunidade acadêmica na concretização da integração ensino, serviço e comunidade, com ênfase especial na Atenção Primária e ESF;
- Valorizar as pesquisas e a formação de programas de pós-graduação na área de saúde de família e co-

munidade, em comum acordo com as necessidades dos gestores e da comunidade;

- Nos cursos de saúde da UFMT, inserir no planejamento acadêmico no próximo semestre a integração ensino-serviço-comunidade;
- Promover a valorização e a integração dos projetos de extensão PET-Saúde e Pró-Saúde com os projetos políticos e pedagógicos dos cursos da área de saúde;
- Apoiar a organização dos projetos políticos e pedagógicos dos cursos de saúde, considerando as necessidades de integração ensino-serviço-comunidade, mediante ampla discussão e adequado planejamento, bem como estimular a implementação de projetos políticos pedagógicos com a inserção de metodologias ativas nas unidades curriculares;
- Institucionalizar políticas de integração ensino, serviço e comunidade com todos os órgãos envolvidos;
- Estimular o desenvolvimento de pesquisas e extensões que atendam às necessidades reais da comunidade;
- Desenvolver ações locais com vista à realização do diagnóstico situacional e intervenções conjuntas entre universidade, serviço e comunidade;
- Estimular, junto aos conselhos gestores locais e ao Conselho Municipal de Saúde, a discussão sobre a importância da integração ensino, serviço e comunidade, tendo em vista o realinhamento da formação dos profissionais da saúde conforme os preceitos da atual Política Nacional de Saúde, no sentido de atender às necessidades da população;
- Promover a criação de um projeto conjunto, visando fortalecer as relações interinstitucionais com proposições legais que envolvam a integração ensino, serviço e comunidade. Tal documento visa reconhecer as atribuições dos profissionais da saúde envolvidos no ensino da graduação, denominados preceptores e demais membros das equipes de saúde. Entre as instituições a serem envolvidas, estão o Conselho Estadual de Saúde, a Câmara de Vereadores, Conselhos Municipais de Saúde, institutos e faculdades da área de saúde, além de representantes das comunidades envolvidas;
- Estimular e desenvolver mecanismos de valorização dos profissionais de saúde, em especial os preceptores e os Agentes Comunitários de Saúde, a fim de fortalecer a relação aluno, equipe e comunidade,

proporcionando o repasse das informações e a educação continuada no contexto da comunidade;

- Promover a adequada inserção dos alunos nos locais de estágio previamente escolhidos e pactuados, com tempo suficiente para a criação de vínculos de corresponsabilidade, evitando a rotatividade e facilitando a integração equipe-alunos-professores-tutores-comunidade;
- Promover na rede de saúde a adequação do espaço físico para a equipe, como forma de valorizar o ensino-serviço;
- Formalizar a institucionalização ensino e serviço por meio do Conselho Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e UFMT mediante convênios entre a SMS e as instituições de ensino que abordem aspectos jurídicos, éticos, financeiros e operacionais;
- Contribuir com a criação, consolidação e efetivação dos conselhos gestores locais e o fortalecimento do controle social no SUS, por meio da participação efetiva dos alunos de graduação, internos, residentes e docentes da UFMT;
- Promover maior comunicação e articulação permanente para a capacitação dos profissionais da rede por intermédio das instituições de ensino;
- Criar instrumentos que avaliem o impacto dessa parceria por meio de indicadores de saúde, de pesquisa e de índices de satisfação dos usuários, e remeter à comunidade o resultado dessas avaliações, o que fortaleceria o entendimento da importância da lesc;
- Criar o Ambiente Virtual de Integração na Saúde (Avis) e disponibilizar este instrumento na plataforma Moodle, com a proposta de facilitar nosso encontro para discutir a Integração na Saúde e demais temas correlatos, possibilitando articulação e mobilização do grupo;
- Difundir adequadas informações aos atores envolvidos em projetos e ações que promovam a integração ensino, serviço e comunidade;
- Oferecer capacitação metodológica aos membros das equipes envolvidas no processo de ensino-aprendizagem;
- Incluir, em todas as instâncias, espaços de participação no planejamento e avaliação das atividades práticas de ensino;

- Identificar as necessidades dos profissionais de saúde e espaços para a capacitação e formação ampla e diversificada (línguas, fotografia, língua estrangeira); propor que a UFMT abra espaço para contribuir com a formação e a qualificação das equipes de saúde e comunidade;
- Estabelecer e/ou fortalecer vínculos com demais instituições, visando ao fortalecimento das diversas comissões de integração ensino-serviço da Baixada Cuiabana e Cies estadual;
- Criar um colegiado técnico interinstitucional para discutir tanto o modelo de formação e ensino quanto a assistência em saúde;
- Fortalecer a comissão integração ensino-serviço-comunidade, para garantir o vínculo ensino-serviço em direção ao modelo adequado de atenção de ensino e serviço.

CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE O PRECEPTOR

A iniciativa da UFMT, com apoio da ABEM, de promover esta discussão sobre o papel do preceptor na integração ensino, serviço e comunidade foi apontada como um importante passo rumo à construção de um novo processo no ensino-serviço-comunidade na instituição. A função do preceptor, muitas vezes controversa até mesmo entre os próprios profissionais da saúde, tem papel fundamental na formação do médico residente, embora não seja clara para boa parte dos profissionais. O exercício do ensino requer adaptações e reestruturações urgentes, tanto de instalações físicas, quanto de reconhecimento de um amplo leque de atuações para a adequada definição do papel do preceptor.

O preceptor é descrito por Botti e Rego² (p. 370) como “o profissional que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática clínica [...] Tem então a função primordial de desenvolver habilidades clínicas e avaliar o profissional em formação”. Logo, o preceptor tem a função de mediar os aspectos teóricos e práticos da formação do médico.

Definidos o conceito e o papel do preceptor, consideremos nossa questão inicial: como formar e valorizar preceptores? Em seu estudo, Missaka e Ribeiro³ fazem uma excelente revisão que traz algumas sugestões sobre

a formação e a valorização do preceptor. Esse estudo analisa 176 trabalhos de congressos brasileiros de educação médica referentes à preceptoria quanto a conceito aplicado, atividade exercida, formação e capacitação em articular teoria e prática e fornecer subsídios à prática profissional.

A formação e a capacitação de preceptores foram incluídas em dois trabalhos em 2008 e em quatro trabalhos em 2009. Um estudo propôs um modelo para capacitação pedagógica que incluiu, por decisão consensual, as competências que o grupo definiu como essenciais à prática da preceptoria. Finalmente, a capacitação em aspectos pedagógicos foi levantada como um dos fatores relevantes para o fortalecimento da parceria e da atuação dos preceptores dos alunos.

Anete Trajman *et al.*⁴ revelam a opinião de trabalhadores (não apenas médicos) a respeito da atividade de preceptoria: 77% dos entrevistados consideram que a preceptoria faz parte das atribuições dos profissionais e 61% gostariam de assumir essa tarefa. Várias dificuldades foram apontadas, incluindo problemas estruturais e de recursos humanos. Os principais problemas identificados pelos 351 profissionais que responderam ao questionário foram: espaço físico reduzido (24,5%), carência de recursos (20,7%), falta de tempo dos profissionais (14,4%) e despreparo profissional (11,2%). Percebe-se que a realidade aqui vivenciada é comum a outras instituições. Também nos faltam condições melhores para desenvolver o trabalho de preceptoria.

Logo, podemos apontar pelo menos dois grandes responsáveis no processo de valorização do preceptor: as instituições de ensino e o Estado (entende-se como qualquer poder público que possa ser beneficiado com o papel da preceptoria: prefeitura, Estado ou União). O principal papel das instituições seria reconhecer e capacitar o profissional interessado na atividade de preceptoria, para que este possa ter mais segurança e competência em suas atribuições. E o papel principal do Estado seria oferecer melhores condições de trabalho, por meio de um espaço físico adequado. A remuneração pelo trabalho de preceptoria e melhores salários são pontos colocados em discussão.

Experiências de uma instituição canadense revelam que os candidatos à função da preceptoria reconhecem como positivo ser designado oficialmente instrutor clínico, passando a ter endereço eletrônico da universidade,

ter acesso pleno à biblioteca, participar de programa de desenvolvimento docente e dispor de apoio psicopedagógico individual para a função. Evidentemente, a remuneração financeira precisa ser considerada, sendo defensável a agregação de valor para aquele que executa a função de médico e preceptor.

Uma parceria efetiva entre as instituições e os gestores é fundamental para a valorização da preceptoria. Cabe destacar a necessidade de estabelecer e exigir requisitos (conhecimentos, habilidades, atitudes e antecedentes éticos) na seleção para o cargo de preceptor, aplicar esses requisitos com equidade e justiça, e estabelecer um plano de trabalho e carreira.

Em todos os recentes encontros de residência médica, os participantes apontaram a qualificação para a preceptoria como estratégia emergente e essencial para o processo de evolução da residência médica no Brasil. O projeto da ABEM, do qual somos participantes, inclui aspectos pedagógicos e de gestão como estratégia de qualificação para a preceptoria.

CONCLUSÃO

É importante lembrar que a valorização do preceptor esbarra, entre tantos fatores, na escassa avaliação da própria preceptoria. A avaliação é uma oportunidade que se oferece de análise de processos em curso, trazendo para o avaliado as medidas de acerto e erro em sua trajetória, possibilitando reflexão e projeções sobre rotas a serem cumpridas, tendo por meta o objetivo inicialmente traçado. Assim, preceptores avaliados e, conseqüentemente, melhorados deverão ser cada vez mais valorizados, assim como serviços, projetos políticos pedagógicos e programas de residência, que devem propor e implementar a adequada valorização do preceptor como peça fundamental à integração ensino, serviço e comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Berbel NAN. Metodologia da problematização: experiências com questões de ensino superior. Londrina: EDUEL, 1998a.
2. Botti SHO, Rego S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? *Rev. bras. educ. med.* 2008; 32(3): 363-373.
3. Missaka H, Ribeiro VMB. A Preceptoria na Formação Médica: o que Dizem os Trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica 2007-2009. *Rev. bras. educ. med.* 2011; 35(3):303-310.

4. Trajman A, Assunção N, Venturi M, Tobias D, Toschi W, Brant V. A preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. *Rev. bras. educ. med.* 2009; 33(1):24-32.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Botti SHO. O papel do Preceptor na formação de médicos residentes: Um estudo de residências em especialidades de um Hospital de Ensino. Rio de Janeiro; 2009. Doutorado [Tese] – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Brasil. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM nº02/2006, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências.

Brasil. Decreto nº 13.032, de 06 de agosto de 2010. Institui a preceptoria no HR de Campo Grande - MS. *Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do Sul*. Campo Grande. 32; 7.763.

Guedes J. A Residência Médica e o SUS: distorções e propostas de soluções. *Jornal do Creneb*. 2009 out/nov/dez; (139):12.

Michel JLM, Batista de Oliveira RA, Nunes MPT. Residência Médica no Brasil. *Cadernos da ABEM*. 2011;7:7.

Michel JLM, Batista de Oliveira RA, Nunes MPT. A Residência Médica e a Preceptoria, a Supervisão e a Coordenação. *Cadernos da ABEM*. 2011; 7:35.

Missaka H. A Prática Pedagógica dos Preceptores do Internato em Emergência e Medicina Intensiva de um Serviço Público não Universitário. Rio de Janeiro; 2010. Mestrado [Dissertação] - Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Nascimento LA, Tramontini CC, Garanhani ML. O Processo de Aprendizagem do Residente de Anestesiologia: uma Reflexão sobre o Cuidado ao Paciente. *Rev. bras. educ. med.* 2011;35(3):350-358.

Nunes MPT, Martins ACS, Machado VR. Avaliação do Sistema RM: Instituição, Programa, Residente, Corpo Docente. *Cadernos da ABEM*. 2011;7:41.

Pierce J, Paulman A, Paulman PM. The preceptor as Ethics Educator. For the Office-based teacher of Family Medicine. *Fam. Med.* 1999; 31(10): 687-8.

Prefeitura Municipal de São Carlos. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho de parceria. Proposta para a atividade de preceptoria na área da saúde da UFSCar. São Carlos: UFSCar, 2006. [capturado em: 28 mai 2012]. Disponível em <http://www.conselhodeparceria.ufscar.br/documento-preceptoria>.

Rebelatto JR, Michel JLM, Haddad AE, Nunes MPT. Mestrado Profissional Associado a Residências em Saúde: Conceitos e Possibilidades. *Cadernos da ABEM*. 2011;7:57.

Universidade Federal de Uberlândia. Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia-MG; 2009.

Wuillaume SM. O processo ensino aprendizagem na Residência Médica em Pediatria: uma análise. Rio de Janeiro; 2000. Doutorado [Tese] - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Motivação e Comprometimento: Fatores que contribuem para efetivo processo ensino-aprendizagem na residência médica.

Motivação e Comprometimento: Fatores que Contribuem para um Efetivo Processo Ensino-Aprendizagem na Residência Médica

Aby Jaine da Cruz Montes Moura^I / Alessandra Kohatsu Shimabuco^I / Alex Bortotto Garcia^I / Ana Christina Wanderley Xavier Giacomini^I / Andressa Mateus da Cunha^I / Antonio Marinho Falcão Neto^I / Cláudia Emília Lang^I / Delcio Gonçalves da Silva Junior^I / Ernesto Antonio Figueiró Filho^I / Estanislau Petrona Yarzon Ortiz^I / Hussem Khalil Fares^I / João Americo Domingos^I / Joaquim Dias da Mota Longo^I / José Roberto Barcos Martinez^I / Luiz Armando Pereira Patusco^I / Maria José Martins Maldonado^I / Marta Driemeier^I / Mauricio Antonio Pompilio^I / Newton Ishikawa^I / Paulo Saburo Ito^I / Priscilla Alexandrino de Oliveira^I / Rosana Dorsa Vieira Pontes Regis^I / Rosana Leite de Melo^I / Wilson Ayach^I / Carlos Eduardo Bueno^{II} / Magali Sanches^{III} / Oscarina Ezequiel^{III} / Roberto Zonato Esteves^{IV} / Denise Herdy Afonso^V

Palavras-chave: Aprendizagem. Comprometimento. Motivação. Preceptoria. Processo. Qualificação Pedagógica.

RESUMO

Este artigo tem como objetivo elucidar algumas questões, de acordo com a literatura atualizada, frente ao tema de ensino e aprendizagem e obter estratégias possíveis para o envolvimento de preceptores e residentes, com o apoio das instituições, gerando comprometimento e responsabilidade em todo processo de formação e cuidado profissional. É fato, que os residentes devem ser ensinados de acordo com os médicos que gostaríamos de ter em nosso país. E os médicos que gostaríamos de ter devem corresponder aos anseios da sociedade. Por-

tanto, para a realização da missão fundamental de adequação dos profissionais de saúde às expectativas sociais, faz-se necessário que o processo de aprendizagem seja reavaliado, com a introdução de novas metodologias adequadas à realidade das instituições. O desenvolvimento de preceptores e residentes não poderá ser dissociado das características imprescindíveis que ambos devem ter incluindo o comprometimento com a instituição e o compromisso com a sociedade em que estão inseridos.

I Preceptores de Residência Médica do Estado do Mato Grosso do Sul.

II Preceptor de Residência Médica de Marília

III Tutoras do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria da Residência Médica.

IV Orientador de Aprendizagem do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria da Residência Médica.

V Supervisora do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria da Residência Médica.

INTRODUÇÃO

O programa de residência médica (PRM) caracteriza-se por treinamento em serviço em período integral e tem por objetivos o aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional e científico, a melhoria da assistência médica à comunidade e a formação de pessoal para o exercício da docência.

No Núcleo do Hospital Universitário da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (NHU/UFMS), a residência médica foi implantada em 1981, iniciando-se com os programas de Cirurgia Geral, Clínica Médica e Pediatria. Atualmente, são oferecidos programas de Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Clínica Médica, Dermatologia, Infectologia, Infectologia Hospitalar, Medicina Intensiva Pediátrica, Medicina de Saúde da Família e Comunidade, Neonatologia, Obstetrícia e Ginecologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia e Urologia. O NHU está em processo de credenciamento para oferecer mais três programas de residência médica em 2014: Cirurgia Cardiovascular, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular.

Os programas de residência médica funcionam sob a responsabilidade do Hospital Universitário, coordenados pela Divisão de Apoio Acadêmico e Científico (Diac) e pela Comissão de Residência Médica (Coreme) e supervisionados pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (Propp).

Cada PRM está estruturado como um curso de especialização, obedecendo, naquilo que lhe for aplicável, às normas de legislações específicas emanadas da Comissão Nacional de Residência Médica e aos dispositivos internos da instituição.

No âmbito da UFMS, os programas de residência médica estão regidos pelo Regimento Interno da Coreme, aprovado pelo Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão e Conselho Diretivo do Núcleo do Hospital Universitário.

O trabalho aqui apresentado é resultado das discussões presenciais e a distância, parte integrante do Curso de Aperfeiçoamento para Preceptores do Projeto ABEM de Preceptor para Residência, oferecido em parceria com o Centro Colaborador do Mato Grosso do Sul da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. A questão norteadora da discussão a distância para cada grupo de preceptores foi definida no momento presencial pelo grupo de preceptores.

GRUPO ANDORINHAS: ANÁLISE DOS FATORES QUE CONTRIBUEM PARA UM EFETIVO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM NA RESIDÊNCIA MÉDICA

Questão norteadora: *Como envolver os preceptores e residentes no processo ensino-aprendizagem, com aval institucional, para gerar comprometimento e responsabilidade?*

INTRODUÇÃO

O ensino médico tem passado, na atualidade, por mudanças, sobretudo na forma de interação preceptor/residente, transformando o processo de ensino-aprendizagem da forma passiva para ativa, centrado no residente, objetivando desenvolver competências que tornem este profissional capaz de alcançar os anseios da sociedade atual.

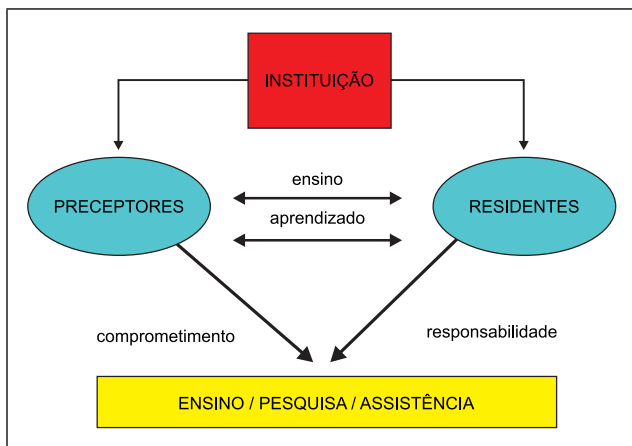
O papel da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) foi essencial para a posterior construção das DCN, cujo Artigo 3º descreve o perfil do médico que atende às demandas nacionais:

Médico, com formação 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 humano¹ (p. 1).

Para tanto, preceptores e residentes, devem se comprometer com o processo de ensino-aprendizagem, para que este possa ocorrer de forma a beneficiar aquele que está sendo formado e despertar satisfação em quem forma. Há necessidade de ambas as partes assumirem suas responsabilidades, de modo a gerenciar adequadamente tempo, trabalho, estudo e assistência, e que se tenha o devido suporte institucional para que o contexto do ensino-aprendizagem ocorra em um ambiente adequado e com os pré-requisitos necessários, em termos didáticos, para que se desenvolva da maneira mais proveitosa possível. Este processo deve estar respaldado pelas instituições de ensino responsáveis pela formação (Figura 1).

Figura 1

Relação preceptor-residente-instituição no efetivo processo de ensino-aprendizagem da residência médica



Concepção pedagógica na residência

Alguns conceitos importantes nesta discussão estão alinhados à necessidade de entender o papel dos diferentes atores no processo ensino-aprendizagem do residente e no contexto do aprendizado baseado no trabalho, aprendizado em cenários reais. Entre as várias teorias de aprendizado, nos chama a atenção o Socio-construtivismo, criado por Vygotsky, em que todo aprendizado é necessariamente mediado, e isso torna o papel do ensino e do professor mais ativo do que o previsto por Piaget. Vygotsky criou o conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal, que seria a distância entre o desenvolvimento real da pessoa e aquilo que ela tem potencial de aprender quando tutorada por um profissional com conhecimento sobre o assunto, ou entre “o ser e o tornar-se”. A educação de adultos embasada em um modelo andragógico tem como princípios:

- A necessidade de os adultos saberem a finalidade, o “porquê” de certos conteúdos e aprendizagens;
- A facilidade dos adultos em aprender pela experiência;
- A percepção dos adultos sobre a aprendizagem como resolução de problemas;
- A motivação para aprender é maior se for interna (necessidade individual) e se o conteúdo a ser aprendido for de aplicação imediata.

Tomando como base estes princípios, o aprendizado do residente passa por diferentes fases: diagnóstico das

necessidades educativas; elaboração de plano e estabelecimento de objetivos a partir do diagnóstico e formas de avaliação que propiciem o desenvolvimento no residente da metacognição. O preceptor tem, então, o papel de facilitador; e, como tal, sua relação com os residentes é horizontal, tendo como principais características o diálogo, o respeito, a colaboração e a confiança, pois desta forma cria-se um ambiente de conforto propício à aprendizagem.

Algumas das metodologias alinhadas com esta proposta são: problematização; uso de ferramentas heurísticas, como mapas conceituais; aprendizado baseado em problemas; *team-based learning* (TBL); discussões em grupo; aprendizado baseado em projetos. Para a adequada condução de qualquer uma delas, é necessário o desenvolvimento da competência pedagógica do preceptor. Idealmente, devem-se empregar vários métodos. Segundo Norintam², as formas como os alunos aprendem seguem esta ordem: 10% com o que leem; 20% com o que escutam; 30% com o que veem; 50% com o que veem e escutam; 70% com o que conversam uns com os outros; 80% com o que utilizam na vida real; 95% quando ensinam uns aos outros.

Assim, três aspectos são importantes: diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem, treinamento em serviço e experiência de aprendizagem em equipes multiprofissionais.

Papel do preceptor

Como já discutido, a formação pedagógica do preceptor é indispensável a um processo efetivo. Além dela, merecem destaque o profissionalismo, o conhecimento técnico e a motivação intrínseca – “a paixão por ensinar”.

Papel do residente

Primeiramente, o residente deve ter interesse em aprender, pois sem este pré-requisito a aprendizagem não ocorrerá da forma adequada. Segundo, deve ter paixão pela profissão que abraçou, pois sem isto nunca será um profissional verdadeiramente completo, deixando sempre a desejar em tudo que fizer. Esta motivação intrínseca pode ser potencializada durante a formação do residente, de modo a encorajá-lo a ser um agente de mudança em contextos locais e globais.

Papel das instituições

As instituições envolvidas com os PRM têm importante papel, fornecendo subsídios para a adequada formação do residente. Favorecer o desenvolvimento pedagógico dos preceptores, valorizar o papel do preceptor e do residente, disponibilizar recursos humanos, estrutura física e insumos, e valorização financeira estão entre suas ações.

A instituição deve estabelecer um contínuo processo de acompanhamento da residência, estabelecendo metas para aprimoramento contínuo, definindo um diagnóstico situacional, desenvolvendo um projeto operativo ou plano de ação, com avaliações constantes do processo e resultados.

Formação do residente

Para sensibilizar o residente, devem-se realizar dinâmicas de grupo que despertem sua atenção e lhe mostrem que aquele é o seu tempo de estudar e se aprimorar. Para isto, ele necessita compreender quais os objetivos de aprendizagem, os meios para atingi-los, o que se espera que ele assimile enquanto médico especialista e como deve encarar a profissão.

Além das habilidades técnicas que irá aprimorar ao longo do PRM, o residente deverá desenvolver outras habilidades específicas, como a inteligência emocional e, sobretudo, a habilidade de comunicação. Estudos descrevem uma correlação positiva entre o grau de satisfação dos pacientes e a inteligência emocional dos profissionais envolvidos em seu atendimento.

Comprometimento

Mais que uma simples lealdade, o comprometimento é um processo pelo qual os colaboradores expressam preocupação com o bem-estar e o sucesso da organização em que trabalham.

Comprometimento organizacional pode ser caracterizado por no mínimo três fatores: forte crença e aceitação dos objetivos e valores da organização; estar disposto a exercer um esforço considerável em benefício da organização; e um forte desejo de se manter membro da organização.

Dentre os diversos modelos de conceituação do comprometimento, o de maior aceitação entre os pesquisadores é o modelo de três dimensões, estabelecido por

Meyer et al.³ e validado em várias culturas. Os autores conceituam o comprometimento organizacional em três dimensões:

- (a) Afetiva: comprometimento como um envolvimento, onde ocorre identificação com os objetivos e valores da organização. Representa algo além da simples lealdade passiva, envolvendo uma relação ativa na qual o indivíduo deseja dar algo de si para contribuir com o bem-estar da organização;
- (b) Instrumental: comprometimento percebido como alto custo associado a deixar a organização;
- (c) Normativa: comprometimento como uma obrigação de permanecer na organização.

Deste modo, os preceptores, independentemente do tipo de comprometimento (afetivo, instrumental ou normativo), devem ser estimulados ou orientados a buscar um deles para permanecer engajado no processo de ensino-aprendizagem – seja por afetividade, que seria o melhor comprometimento a ser alcançado; seja por instrumentalização, ou porque “precisam” estar ali; seja por normatização, ou “obrigação” de estar ali. O ideal seria “despertar” o comprometimento afetivo em graus diferentes nos indivíduos comprometidos instrumentalizados/normativos.

Assim, o preceptor deve estar comprometido com: sua atualização técnica, seu desenvolvimento pedagógico, a instituição, as questões operacionais do PRM e, sobretudo, com o residente e o paciente. Desta forma, se obtivermos preceptores com estes níveis de comprometimento, certamente teremos uma residência médica de qualidade e atingindo seus objetivos.

Também se espera comprometimento do residente e, sobretudo, institucional. Os gestores de nossa instituição (diretores, coordenadores) e os representantes locais de saúde (secretário de Saúde e seus representantes em fóruns, comissões e Conselhos) precisam conhecer as propostas dos PRM das diversas especialidades e as dificuldades encontradas, as propostas das equipes ou serviços implantados e a construção de projetos que possam avançar na direção de soluções.

CONCLUSÃO

Para que possamos desenvolver um ensino-aprendizagem eficaz, é essencial o preparo do preceptor e da ins-

tituição, de forma que o preceptor tenha competência pedagógica e técnica, e que a instituição forneça todo o apoio com recursos físicos, humanos e financiamento necessários a este fim. É fundamental que o residente participe de todas as instâncias de seu processo de aprendizagem. Somente assim poderemos alcançar uma formação profissional apropriada, que venha a suprir as necessidades de nossa população, com médicos de qualidade e com formação ética e moral adequada. Quando todos estes pré-requisitos estiverem alinhados, poderemos ter o comprometimento de preceptores e residentes com o ensino-aprendizagem, o que despertará a responsabilidade de todas as partes neste processo.

GRUPO MOTIVAÇÃO: ESTRATÉGIAS PARA QUALIFICAÇÃO PEDAGÓGICA E DESENVOLVIMENTO DE MOTIVAÇÃO DOS PRECEPTORES

Questão norteadora: *Quais são as estratégias para motivar e qualificar pedagogicamente os preceptores?*

INTRODUÇÃO

Criar estratégias para motivar e qualificar preceptores para formar médicos com perfil profissional mais adequado às exigências do mundo contemporâneo foi o objetivo escolhido pelo grupo *Motivação*. Por que eleger a mais difícil das tarefas? Porque o exercício de pensar nestas estratégias é mais completo. Ademais, as recentes transformações nos cursos de graduação em Medicina, que resultaram na publicação das diretrizes curriculares, e as modificações que estas promoveram seriam motivos suficientes para a eleição desse objetivo. Curso de graduação e residência médica formam um ato contínuo na formação profissional e, por isso, precisam transmitir coerência ao aluno sobre qual perfil de médico se deseja para o Brasil.

O ensino tradicional vem paulatinamente dando lugar a práticas alternativas que se propõem levar ao desenvolvimento global dos educandos⁴. A educação é um processo de construção e reconstrução do conhecimento e da formação de cidadãos competentes e conscientes de seu papel em nossa sociedade, podendo atuar de forma produtiva e comprometida em seus ambientes sociais e em suas atividades profissionais. Em

seu processo de formação, o residente observa os preceptores, tomando-os como modelo não apenas de conhecimento e de habilidades técnicas, mas também como espelho de comportamento e atitudes. Assim adquire conhecimentos, habilidades e valores, e começa a aprender a exercer o seu papel na sociedade – sua identidade profissional⁵.

Competências dos preceptores

Que competências são necessárias aos preceptores/docentes para que estes contribuam na formação do egresso pretendido pelos PRM? Publicações referentes à docência médica e à docência universitária são unânimes ao considerarem a existência de uma deficiência no domínio da área educacional no desempenho do docente do ensino superior. Praticamente não existe, nas escolas médicas, preparo específico para os professores no campo pedagógico. Espera-se que o professor de Medicina seja “um profundo conhecedor do assunto que deve ensinar, como se apenas esse aspecto assegurasse sua competência didática”, o que contribui para a falta de qualificação pedagógica dos docentes. Um fato que concorre para essa situação são os critérios de contratação dos docentes nos cursos médicos, centrados, principalmente, na qualidade de seu desempenho em sua área técnica de atuação e no desenvolvimento de pesquisa e publicações científicas. Pesquisar e ensinar “não são atividades incompatíveis”, mas ambas precisam ser valorizadas. É possível entender que o desenvolvimento de competências pedagógicas é tarefa necessária, ainda que desafiadora, pois estas são necessárias à transição de modelos tradicionais de ensino, centrados nos preceptores, para concepções pedagógicas centradas no residente e que valorizem a reflexão na ação e sobre a ação – prática reflexiva para preceptores e residentes^{4,6}. Sugere-se o incremento das práticas reflexivas e o estímulo a sua introdução na formação docente, para que os professores possam aprender a partir da análise e da interpretação de sua própria atividade. O professor reflexivo, que pensa na ação, interroga sobre as alternativas possíveis para determinado momento e avalia seus resultados⁴.

Diante desta realidade, percebe-se uma necessidade considerável de transformação da relação dos preceptores com o saber, de sua maneira de “dar aula” e, afinal de

contas, de sua identidade e de suas próprias competências profissionais⁷. É de fato um novo ofício, cuja meta é antes fazer aprender do que ensinar. Aqui preceptores precisam considerar os conhecimentos como recurso a ser mobilizado, trabalhar regularmente com situações-problema, criar ou utilizar atividades pedagógicas diversas da aula tradicional, negociar e conduzir projetos com seus alunos, adotar um planejamento flexível e indicativo, implementar e explicitar um novo contato didático, praticar uma avaliação formadora em situação de trabalho e aceitar menor compartimentação dos conteúdos em disciplinas⁷.

Que estratégias podemos utilizar para motivar e qualificar preceptores?

Podemos fazer um paralelo com a prática médica. Em breve resumo, o médico, ao atender a uma pessoa – emprega-se aqui propositalmente o termo pessoa, e não paciente –, usa o método clínico, cujas etapas são a coleta de dados (anamnese e exame clínico), raciocínio clínico, formulação de hipóteses, solicitação de exames complementares, proposição da proposta de cuidados e avaliação do processo.

A primeira etapa é a coleta de dados. Como se aplicaria esta etapa ao processo de motivação e qualificação de preceptores? Propõe-se a realização de uma pesquisa com os preceptores para estabelecer fatores que propiciem uma preceptoria adequada. A adoção de medidas e soluções para as solicitações dos preceptores junto à instituição levaria a maior motivação, pela visualização de perspectivas de melhora. Outra eficaz estratégia é criar espaços coletivos, com reuniões sistemáticas, que se caracterizam por momentos de encontro coletivo dos preceptores para reflexão, construção, reformulação do processo pedagógico e troca de experiências.

Esses dados permitiriam, em momentos subsequentes, uma reflexão (raciocínio clínico) com o objetivo de fazer o diagnóstico ampliado da residência médica. Após o diagnóstico, o planejamento dos cuidados, com o programa e com os preceptores, permitiria uma participação ativa no processo de motivação e qualificação pessoal e dos pares. Cada indivíduo se converte em sujeito ativo e, como tal, se apropria do processo e passa a defendê-lo, estimulá-lo, porque não há como ser contra algo que se ajudou a criar.

A criação de espaços coletivos não é, por si, suficiente para motivar preceptores a participar e se qualificar. Escolas médicas que optaram por processos de mudança na proposta pedagógica de seus cursos adotaram estratégias diferentes para motivar a participação docente. Entretanto, todas as estratégias têm um ponto em comum. O ponto inicial motivador foi um problema real do curso, como o desempenho dos egressos nas avaliações oficiais, aprovação em concursos de residência, aprovação em exames para obtenção de títulos de especialidade, proporção de egressos com processos judiciais e/ou no CRM nos primeiros anos de atividade clínica. Nos programas de residência médica, a avaliação para credenciamento e credenciamento realizada periodicamente pela Coreme é instrumento valioso para motivar a reflexão dos docentes.

Outra estratégia é o convite individual para o professor, o que demonstra deferência e reforça a importância de sua participação.

Estratégia igualmente importante é o diagnóstico das resistências e pontos de dificuldade. Sem esse diagnóstico é impossível alcançar os objetivos propostos. Alguns aspectos – como faltas repetidas às reuniões, sobrecarga de trabalho, falta de perspectiva na carreira docente, concorrência do mercado de trabalho fora da escola – são indícios de resistência e dificuldades.

Essas estratégias pressupõem que haja coordenação previamente motivada e minimamente qualificada. Certamente, em todo grupo de pessoas existem aquelas com motivação interna suficiente para conduzir esse processo.

Estas atividades requerem decisões políticas e poder de decisão. Sem o poder institucional não há progresso, objetivos não são alcançados. A participação ativa da gestão atual é etapa fundamental e, por isso, precisa ser conquistada.

O envolvimento do corpo discente/residente também é essencial senão para qualificação, com certeza para a motivação dos docentes. Os residentes devem ser convidados a fazer diagnósticos sobre o PRM, e isso pode ser utilizado nas reuniões com preceptores/docentes.

Em síntese, a motivação dos Preceptores que participam do Curso no Mato Grosso do Sul pode ser expressada em suas respostas apresentadas visualmente no formato do *wordle*[®] a seguir.

Figura 2

Fatores que motivam preceptores para participar do Curso de Desenvolvimento de Competências Pedagógicas



CONCLUSÃO

O diagnóstico objetivo das principais dificuldades de atuação do corpo docente e a criação de espaços coletivos com a finalidade de discutir problemas reais dos programas de residência médica e elaborar propostas de solução parecem ser as estratégias adequadas para iniciar o processo de motivação e qualificação de preceptores. É preciso reforçar a ideia de reflexão sobre o trabalho realizado. Os anseios individuais são determinantes, e é necessário encontrar um denominador comum. Os fatores extrínsecos, responsáveis (porém não exclusivamente) por desmotivação, precisam ser revistos pelas instituições do País, urgentemente. Estes fatores não dependem diretamente de nós, mas podemos nos mobilizar para que eles venham a ser discutidos (melhorias do ambiente de trabalho, plano de carreira, salários compatíveis com o tempo dispensado). Enfim, a mudança será ou não, consequência da decisão do grupo, mas é certo que a luta em grupo sempre é mais motivante que a luta solitária.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/ CES N° 4 de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

2. Norintam AM. Learning through teaching and sharing in the Jigsaw Classroom. Ann Dent Univ Malaya 2008; 15(2):71-76.
3. Meyer JR, Allen NJ, Smith CA. Commitment to organizations and occupations: extension and test of a three-component conceptualization. Journal of Applied Psychology. 1993; 78: 538-551.
4. Costa NMSC. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? Rev Bras Educ Med. 2007; 31 (1): 21-30.
5. Botti SHO, Rego S. Processo ensino-aprendizagem na residência médica. Rev Bras Educ Med. 2010; 34(1):132-140.
6. Chemello D, Manfroi WC, Machado CLB. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo preceptor em um minuto. Rev Bras Educ Med. 2009; 33(4): 664-669.
7. Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed, 1999.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis. Rev. Bras. Educ. Med. 2008; 32(3):363-373.
- Cantillon P. ABC of learning and teaching in medicine. BMJ 2003;326:437-439.
- Gonçalves MB, Benevides-Pereira AMT. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. Rev Bras Educ Med. 2008; 33(3):493-504.
- Masetto MT. Competência pedagógica do professor universitário. São Paulo: Summus; 2003.
- Müller M, Rauski EF, Eyng IS, Moreira J. Comprometimento organizacional: um estudo de caso no supermercado "beta". Disponível em: <http://www.pg.cefetpr.br/ppgep/revista/revista2005/pdf4/RGIv-01n04a107.pdf>
- Ribeiro ECO, Lima V. Competências profissionais e mudanças na formação. Olho mágico, 2003; 10(2):47-52.
- Oliveira AB. Andragogia: a educação de adultos. Ser professor universitário. Disponível em: <http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/ler.php?modulo=1&texto=13>. Acesso em: 25 nov 2010.
- Oliveira AMP, Leita MTM. Concepções Pedagógicas. Especialização em Saúde da Família. Módulo Pedagógico. São Paulo: UMA-SUS/UNIFESP; 2010-2011.
- Stratton TD, Elam CL, Murphy-Spencer AE, Quinlivan SL. Emotional Intelligence and Clinical Skills: Preliminary Results from a Comprehensive Clinical Performance Examination. Academic Medicine. 2005; 80(10 Suppl.).
- Wen LS, Greysen SR, Keszthelyi D, Bracero J, Roos PDG. Social accountability in health professionals' training. Lancet. 2011;378.



Universidade Federal do Pará

Valorização da Preceptoria de Residência Médica na Região Amazônica.

Valorização da Preceptoria de Residência Médica na Região Amazônica

Claudete Martins de Lima^I / Claudia Regina Dias Siqueira^I / Francisco Assis de Souza Almeida^I / Gleide Elane Braga Ferreira^I / Juliana Lasmar Ayres do Amaral^I / Marlucia do Nascimento Nobre^I / Osmarina Nascimento Pires^I / Paulo Delgado Leão^I / Redson Ruy da Silva^I / Renata Maria Coutinho Alves^I / Rudival Faial de Moraes Junior^I / Silvia Helena Cavalcante de Sousa^I / Simone Regina Souza da Silva Conde^I / Suely Maria de Miranda Araújo^I / Tania de Fátima D'Almeida Costa^I / Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza^I / Wilson de Oliveira Filho^I / Zilma Nazaré de Souza Pimentel^I / Ronaldo Costa Monteiro^{II} / Sylvia Maria Porto Pereira^{II} / Vera Lúcia Garcia^{III} / Lia Márcia Cruz da Silveira^{IV}

Palavras-chave: Residência Médica. Amazônia. Preceptor.

RESUMO

Introdução: A Residência Médica, dentro de um contexto Amazônico, mais precisamente em termos do estado do Pará não está muito distante da realidade observada nas regiões norte e nordeste do Brasil. O contexto geográfico e as políticas de saúde e de educação são responsáveis por todo um histórico de alijamento e desprezo desta região em termos de saúde e educação, em particular a Residência Médica. **Objetivo:** O objetivo desse estudo é apresentar o processo de discussão da Residência Médica no estado do Pará e um pouco no estado do Amazonas, percorrendo todo seu histórico, perfazendo uma viagem da realidade atual da Residência Médica, evidenciando as dificuldades e desafios existentes, desde os cenários de prática até a formação e valorização dos preceptores. **Desenvolvimento:** Um conjunto de preceptores participantes do Curso de Desenvolvimento de

Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria da Residência Médica no estado do Pará - em parceria com a Universidade Federal do Pará (UFPA) se organizou em dois grupos denominados: 1. *Açaí Virtual da Amazônia (AVA)* e 2. *Miriti no Tipiti*. Cada grupo priorizou um problema que deu origem a duas questões norteadoras: 1. “A valorização da preceptoria de modo a instituir a qualificação e a remuneração da sua função na Residência Médica” e 2. “A partir da realidade da preceptoria da RM no Brasil, quais as estratégias pessoais, institucionais e governamentais para a valorização do preceptor?” O movimento para responder a cada uma das questões envolveu busca na literatura, elaboração de síntese individual e posteriormente duas sínteses elaboradas coletivamente por cada um dos grupos. Foram semanas de discussões presenciais, virtuais, pesquisas aos referenciais teóricos da área, relatos e trocas de experiências que culminaram em neste artigo, consensuado pelo grupo, e que eviden-

I Preceptores de Residência Médica do Estado do Pará.

II Tutores do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria da Residência Médica.

III Orientadora de Aprendizagem do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria da Residência Médica.

IV Supervisora do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria da Residência Médica.

cia um retrato da realidade da Residência Médica no estado do Pará. **Conclusões:** As sínteses coletivas, embora construídas com diferentes processos de trabalho, expõem não só a realidade da Residência Médica em nossa região, como também lança propostas de valorização da preceptoría, afinal o objetivo maior é a formação com boa qualidade de médicos críticos-reflexivos, humanistas, competentes, que transformem esta triste realidade da saúde no estado, valorizando nosso cidadão como agente construtor de sua própria história.

INTRODUÇÃO

A residência médica, no contexto amazônico, mais precisamente no Pará, não está muito distante da realidade das regiões Norte e Nordeste. O contexto geográfico e as políticas de saúde e de educação são responsáveis por um histórico de alijamento e desprezo desta região em termos de saúde e educação, em particular a residência médica. No Estado do Pará, a residência médica enfrenta muitos desafios, como a grande evasão de médicos para programas de residência médica (PRM) dos eixos sul e sudeste, ou por falta de vagas no Estado ou pela busca de programas de residência médica de “melhor qualidade”, resultando na não fixação do residente paraense na região amazônica, provocando grande escassez local de profissionais médicos especializados.

Por outro lado, o distanciamento entre políticas de formação e políticas de saúde, as condições de trabalho, a precariedade das relações trabalhistas, a remuneração não condizente e a não valorização de PRM das áreas básicas são verdadeiros entraves e desafios encontrados em nosso Estado. Exemplo clássico é o PRM de Medicina de Família e Comunidade, onde sobram vagas e há problemas que vão desde a não valorização deste médico especialista pelos gestores públicos até o descaso com a Atenção Primária à Saúde como estratégia de reorientação da assistência.

Em uma tentativa de minimizar as distorções existentes, uma ação conjunta do Ministério da Educação e da Saúde lançou em 2009 o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), objetivando induzir a criação e a ampliação do número de vagas nos PRM em especialidades prioritárias e em regiões mais carentes. Outro objetivo do Pró-Residência era qualificar os programas já

existentes, mediante o lançamento do edital de matrícula, onde se observa nos resultados recentes um impacto positivo desta política indutora.

Na Região Norte, as ofertas de bolsas de residência médica antes do Pró-Residência eram de 10% e, após a implantação deste Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas, a porcentagem subiu para 18%. No Pará, existem atualmente 25 programas de residência médica com 137 vagas, nas áreas de Anestesiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Dermatologia, Infectologia, Medicina de Família e Comunidade, Neurocirurgia, Obstetrícia e Ginecologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Psiquiatria, Radiologia e Diagnóstico por Imagem.

No Centro Colaborador do Pará também estiveram presentes representantes dos programas de residência médica de Manaus (AM). O programa de residência do Hospital Universitário Getúlio Vargas iniciou as atividades em 1978 com a residência em Patologia. Atualmente, conta com os seguintes programas: Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia Geral, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Clínica Médica, Cirurgia Vascular Periférica, Dermatologia, Ecocardiografia, Medicina de Família e Comunidade, Nefrologia, Neurocirurgia, Obstetrícia e Ginecologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Patologia, Pediatria, Reumatologia e Urologia –, que contam com 188 bolsas oferecidas pelo MEC. Foi implementado um programa de residência médica na área de Psiquiatria pelo Pró-Residência, que conta com cinco vagas.

O programa de residência médica de Psiquiatria (RMP) do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro (hospital público estadual) em Manaus (AM) nasceu da necessidade de formar profissionais médicos especializados na área psiquiátrica, encontrando eco no Pró-Residência/MS – CNRM/MEC. Até 2006, havia pouquíssimos psiquiatras em Manaus. Ainda que o estado do Amazonas e a prefeitura da capital abrissem editais de concurso ou processo seletivo, não havia grande afluxo de profissionais para a cidade, e os poucos que se apresentaram foram atraídos pelas condições de trabalho no mercado privado, também carente desses especialistas. A RMP iniciou seu programa em 2007, obtendo credenciamento provisório da CNRM até 2010, seguido de credenciamento até 2016. Conta com bolsas para médicos residentes através do Pró-Residência/MS, com até cinco

vagas para cada ano de residência, num total de três anos. São oito preceptores distribuídos entre disciplinas correspondentes às áreas de atuação: Psiquiatria, Infância e Adolescência, Forense, Psicogeriatrics, Psicoterapia e Dependência Química. Em cinco anos de funcionamento, a RMP formou quatro especialistas, sendo que um deles foi titulado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em 2011 por ocasião do Congresso Brasileiro de Psiquiatria (CBP) na cidade do Rio de Janeiro. O residente foi agraciado com o reconhecimento de mérito da ABP por ter se classificado entre os dez melhores na prova de título daquele ano.

Este artigo é fruto de um processo de discussão da residência médica no Pará e um pouco em Manaus, percorrendo todo o seu histórico, perfazendo uma viagem da realidade atual da residência, evidenciando as dificuldades e desafios existentes, desde os cenários de prática até a formação dos preceptores, discutindo sua valorização e culminando com a construção de uma proposta de mudança.

Foram semanas de discussões presenciais, virtuais, pesquisas nos referenciais teóricos da área, relatos e trocas de experiências que culminaram em uma síntese coletiva, obtida por consenso pelo grupo, a qual traça um retrato da realidade da residência médica no Pará.

O conjunto de preceptores participantes do Curso da ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptorial da Residência Médica no Pará – em parceria com a UFPA – se organizou em dois grupos, denominados *Açaí Virtual da Amazônia (AVA)* e *Miriti no Tipiti*. Cada grupo priorizou um problema que deu origem a uma pergunta. O movimento para responder a cada uma das perguntas envolveu busca na literatura, elaboração de síntese individual e posteriormente uma segunda síntese elaborada coletivamente.

Grupo AÇAÍ VIRTUAL DA AMAZÔNIA (AVA)

Questão norteadora: A valorização da preceptorial de modo a instituir a qualificação e a remuneração da sua função na residência médica.

A residência médica

A residência médica (RM) é uma modalidade de ensino, em nível de pós-graduação, considerada padrão ouro na

formação de especialistas. Teve início no Hospital John Hopkins, nos Estados Unidos, em 1848 e só chegou ao Brasil em 1944, com a primeira RM em São Paulo, no Hospital das Clínicas, Universidade de São Paulo, e a segunda, no Hospital dos Servidores no Rio de Janeiro, em 1948, mas só regulamentada pelo Decreto 80.281, de 5 de setembro de 1977¹. Este decreto criou a Comissão Nacional de RM, redefinida em junho de 1985, quando o Decreto 91.364, de 21 de junho de 1985², criou a Comissão de Assessoria da Secretaria de Ensino Superior (SeSu) do Ministério da Educação, responsável por planejar, orientar, coordenar e supervisionar a RM no Brasil.

O principal objetivo da RM é aperfeiçoar as competências adquiridas na graduação, focando o desenvolvimento da capacidade de iniciativa, habilidades técnicas, capacidade de julgamento e de avaliação, desenvolvimento do espírito crítico e internalização de preceitos e normas éticas³.

Neste contexto, surge a figura de um médico experiente que auxilia, apoia e serve de modelo a ser seguido pelos novos profissionais. Essa figura é identificada como a do preceptor, que se firma, então, como fator de excelência na educação do residente³.

Preceptorial

Atributos necessários ao preceptor

De acordo com Wulliaume et al.⁴, exigem-se do preceptor atributos como: conhecimento, sensibilidade, bom senso, criatividade, capacidade de improvisação e compreensão do processo ensino-aprendizagem, com base na prática das especificidades que caracterizam o trabalho médico. O preceptor deve considerar o grau de compromisso para orientar e formar um profissional para o mercado de trabalho para que este tenha segurança, confiança, humanismo e ética para o bom exercício da profissão. O preceptor deve integrar conceitos e valores da escola e do trabalho, ajudando o residente a desenvolver estratégias adequadas para resolver problemas do dia a dia e deve ser um modelo a ser seguido pelo médico residente.

Qualificação do preceptor

Para a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o preceptor necessita conhecer as metodologias de ensino-aprendizagem, ter as habilidades relacionadas à sua área de atuação e estar apto a avaliá-las, en-

tender e dominar princípios da medicina baseada em evidências, saber que avaliar é parte integrante de ensinar e utilizar técnicas de retorno (*feedback*) para promover o desenvolvimento do residente.

Em 2009, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) com o objetivo de favorecer a formação de especialistas na modalidade RM em especialidades e regiões prioritárias, definidas em edital local e regional. O projeto prevê a ampliação do número de vagas para RM, criação de novos programas nos hospitais universitários federais, hospitais de ensino, secretarias estaduais e municipais de saúde, e concessão de bolsas pelo trabalho em saúde para apoiar programas de RM⁵.

Infelizmente, quanto à qualificação do preceptor, o Pró-Residência ainda não conseguiu colocar em prática a contento os pressupostos do Edital nº 8/2009 (matriciamento), no qual se destacam: planejamento e implementação de programa de qualificação de preceptores; supervisão presencial periódica nas unidades parceiras e fortalecimento do ensino clínico⁵.

Para atingir o patamar de excelência enquanto educador, o preceptor precisa estar qualificado e manter-se atualizado. Assim, estará apto a exercer seu papel na preceptoría de RM, com o objetivo de formar o médico que a sociedade precisa.

Para melhor qualificação do preceptor, sugere-se colocar em prática, de fato, algumas recomendações de instituições e algumas sugestões resultantes da reflexão proveniente deste estudo. São as seguintes:

- Criar um cadastro nacional de preceptores pelo Ministério da Educação⁶;
- Possibilitar a utilização de parte da carga horária do médico para que se dedique à preceptoría e tenha tempo de estudar e se atualizar. Financiar, para o médico, inscrições em congressos e assinaturas de revistas científicas⁷;
- Criar programas de incentivo para preceptores e supervisores pelas instituições mantenedoras^{7,8};
- Ofertar cursos de capacitação aos preceptores, com acesso pleno e gratuito ao material atualizado⁷;
- Instituir um processo de seleção para o cargo de preceptor de acordo com planos de cargos e salários e com a carga horária dedicada deste preceptor ao ensino;

- Implementar educação médica continuada e permanente, sem desigualdades regionais, considerando as adaptações a cada realidade.

Remuneração para a preceptoría

No Brasil, não há regulamentação que norteie a contratação, por parte das instituições de saúde e de ensino, de profissionais com nível de qualificação e capacitação adequado para atuação em preceptoría de RM. Na prática do dia a dia, em função da Constituição Federal e legislação trabalhista, o preceptor é ou um professor de instituição de ensino superior que se dispõe a utilizar parte das suas horas de trabalho na preceptoría do programa de RM da instituição, ou é um médico concursado/contratado de uma instituição federal, estadual ou municipal onde se desenvolve a RM que também se dispõe a exercer a preceptoría. Por não poder receber legalmente dois salários, o primeiro, pela função assistencial e o segundo, pela função de ensino na preceptoría, em alguns casos, recebe gratificações que não podem ser superiores ao salário-base do médico.

Vários Estados da Federação já oferecem alguma forma de remuneração aos preceptores de RM, mas ainda não há uniformidade nacional. Na cidade de Campo Grande (MS), as gratificações pagas aos preceptores são baseadas na hora trabalhada na preceptoría – R\$ 12,00/hora para profissionais especialistas, R\$ 16,00/hora para os que possuem título de mestre e R\$ 20,00/hora para quem tem o título de doutor⁹; no Estado do Pará, há remuneração de tempo integral para os preceptores¹⁰; no Estado de São Paulo, o valor da gratificação é de 7,0 UBS, instituída pelo inciso III do Artigo 18 da Lei Complementar 1.157, de 02 de dezembro de 2011¹¹; no Estado do Rio de Janeiro, instituiu-se o valor de R\$ 1.500,00/mês para o preceptor do programa de RM em Família e Comunidade¹².

Assim, fica claro que ainda não há um reconhecimento da função do preceptor para lhe garantir uma remuneração justa. Nestes termos, sugere-se colocar em prática algumas recomendações resultantes da reflexão proveniente deste estudo. São as seguintes:

- Reconhecimento da função de preceptor nos hospitais onde se desenvolve RM;
- Os órgãos reguladores, como a CNRM, devem ter força política nas decisões do Poder Legislativo, a fim de viabilizar que as propostas de remuneração dos

preceptores sejam acatadas. Para isto, é necessária a união de classe daqueles que trabalham com a RM, ou seja, participação maior nas Comissões Estaduais (Ceremes), Comissões de RM (Coremes) e CNRM;

- Estabelecimento de uma carga horária específica para preceptoria, para melhor dedicação às suas atividades;
- Pagamento por hora trabalhada em função da preceptoria.

CONCLUSÕES

É urgente criar mecanismos para dar visibilidade à função do preceptor dos programas de RM no Brasil, e, em consequência, atingir a legalização dessa função, o que levará à remuneração condigna e à adequada qualificação profissional.

Grupo MIRITI NO TIPIPI

Questão norteadora: A partir da realidade da preceptoria da RM no Brasil, quais as estratégias pessoais, institucionais e governamentais para a valorização do preceptor?

Residência médica no Brasil

A residência médica (RM) vem, ao longo dos anos, possibilitando a aquisição das competências necessárias ao exercício de uma prática médica responsável, qualificada, comprometida com a população e em sintonia com as linhas atuais de pensamento e trabalho dos ministérios da Educação e Saúde.

Atualmente, há em funcionamento cerca de 3.500 programas de RM no País¹³. Estes programas são insuficientes tanto em número de vagas quanto em distribuição entre as regiões do País e entre áreas básicas e especialidades. Há, também, necessidade de avanços quanto à qualidade. O Programa Pró-Residência foi instituído em 2009 com a finalidade de atender a essas demandas, além de qualificar os programas de residência médica já existentes, por meio do edital de matriciamento⁵.

O que é ser preceptor?

Botti¹⁴ analisou os papéis de preceptor, supervisor, tutor e mentor, e concluiu que preceptor é o profissional que

atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática clínica, tendo a função primordial de desenvolver habilidades clínicas e avaliar o profissional em formação.

Atributos e qualidades do preceptor

Para exercer a função de preceptor, são necessários alguns atributos, como conhecimentos técnico, teórico e prático, amplos e profundos; desenvolvimento didático-pedagógico; boa relação com a equipe de saúde e com o paciente, evidenciando postura ética, humana e de profissionalismo; sensibilidade e criatividade em reconhecer as situações que exigem mudanças ou capacidade de improvisação, tendo em vista as transformações do mundo do trabalho e do exercício profissional¹⁵.

Importância e papel do preceptor na RM

Adquirir experiência clínica é parte importante da graduação e da pós-graduação, e o preceptor tem a função de estreitar a distância entre teoria e prática, dando suporte e ajudando o novo profissional, até que este tenha mais confiança e segurança em suas atividades diárias. Ele se preocupa em propiciar a aquisição e o desenvolvimento de competências (cognitivas, habilidades e atitudes) a partir de situações reais, nos cenários de ambiente de trabalho. Auxilia o profissional em formação a desenvolver estratégias factíveis para resolver os problemas cotidianos da atenção à saúde, servindo de modelo para o crescimento pessoal e profissional dos recém-graduados¹⁶.

Problemas e deficiências no exercício da preceptoria

Quase todos os obstáculos à função de preceptor são oriundos da forma amadora como a preceptoria é exercida no Brasil. A preceptoria requer um olhar mais cuidadoso e específico. Muitos preceptores atuam de maneira intuitiva, reproduzindo suas experiências como alunos ou residentes, estando despreparados para seu papel de educadores, responsáveis pela formação de profissionais críticos, qualificados, portadores das diversas competências necessárias para exercer uma medicina que responda às necessidades da população. Não

existe capacitação específica para a relação médico-residente, nem compromisso formal com a educação ou adequada abordagem dos problemas pedagógicos da educação médica⁸.

Necessidades identificadas e avanços necessários

Considerando que a RM está constituída e normatizada, é preciso que seja reconhecida e valorizada por meio de uma regulamentação definitiva. As estratégias para valorização da preceptoría da RM podem ser identificadas em três diferentes níveis da hierarquia: pessoal, institucional e governamental.

Nível pessoal

- Conhecer as resoluções, decretos ou leis que regem a RM;
- Investir em educação continuada e atualizações periódicas: participação em cursos de atualização e congressos, leitura frequente de literatura científica;
- Investir no desenvolvimento de competências pedagógicas para o exercício da preceptoría: participação em cursos e leitura de literatura referente ao ensino;
- Participar de grupos de estudo e de pesquisa relacionadas ao ensino na saúde;
- Desenvolver pós-graduação relacionada ao ensino na saúde;
- Inscrever-se como avaliador da RM junto à CNRM;
- Vincular-se à Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

Nível institucional

- Buscar a certificação da instituição como hospital de ensino;
- Reconhecer a preceptoría como atividade fundamental;
- Propor estratégias de ensino normatizadas e padronizadas para que o preceptor atue de forma unânime na construção de um profissional capacitado;
- Articular protocolização dos procedimentos técnicos, terapêuticos e administrativos como forma de institucionalizar a responsabilidade da RM como

referência de excelência das “boas práticas”, produzindo evidências científicas;

- Investir na biblioteca da instituição com a compra de livros atualizados e assinatura de revistas impressas ou *on-line* das várias áreas da Medicina;
- Adquirir assinaturas de sites de informação médica, como o *UpToDate*;
- Investir na informatização e disponibilizar pelo menos dois computadores em cada enfermária/setor do hospital, com acesso à Internet;
- Oferecer um local adequado de trabalho e disponibilizar equipamentos, suporte e condições de reciclagem frequente;
- Disponibilizar em cada setor espaço para trabalho e atividades de ensino-aprendizagem com residentes e internos;
- Instituir reuniões periódicas com os preceptores, objetivando desenvolvimento docente por meio de oficinas, seminários, mesas-redondas e outras atividades;
- Realizar seleção de preceptores para os programas de RM de modo formal, adotando critérios de competência técnica e pedagógica;
- Promover avaliação periódica: do preceptor para com os residentes e para com o programa de RM; dos residentes para com o preceptor;
- Estimular a preceptoría com bolsas e ajuda de custo em cursos, congressos e, particularmente, no congresso de educação médica; conferir certificados de preceptoría.

Nível governamental

- Articular, junto aos órgãos representativos, às casas legislativas municipais, estaduais e federais e às instâncias jurídicas, dispositivos legais para construir a política e o plano de cargos, carreiras e remuneração (gratificação) com especificidade para a prática da preceptoría em programas de RM;
- Definir uma política nacional de valorização da preceptoría que seja obrigatória para a abertura e renovação dos programas de RM;
- Regular a atividade da preceptoría com definição de: critérios e requisitos para seleção; atribuições; carga horária / tempo protegido para a atividade; remuneração específica;

- Disponibilizar o Portal Capes para os hospitais assistenciais onde há RM;
- Fomentar educação permanente e participação em desenvolvimento docente;
- Abrir novos cursos de especialização e de pós-graduação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se a importância do trabalho da ABEM em continuar a oferecer cursos de formação de tutores e preceptores dos programas de RM, visando contribuir para o aprimoramento da formação médica no País.

CONCLUSÃO

As sínteses coletivas, embora com diferentes processos de trabalho, expõem não só a realidade da residência médica em nossa região, como também lança propostas de valorização da preceptoria. Afinal, o objetivo maior é a formação de qualidade de médicos críticos-reflexivos, humanistas, competentes, que transformem esta triste realidade da saúde em nosso Estado, valorizando nosso cidadão como agente construtor de sua própria história.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília.
2. Brasil. Ministério da Educação. Decreto nº 91.364, de 21 de junho de 1985. Altera a redação do § 1º, do artigo 2º do Decreto nº 80.281/77, que dispõe sobre a constituição da Comissão Nacional de Residência Médica. Brasília.
3. Faria FM. A importância e o papel dos preceptores. *Jornal do CRM-MG*. 2011; 38 (capturado em: 01 jul 2012): 7. Disponível em: <http://jornal.crmmg.org.br/v2/index.php?edicao=2011/38&titulo=A%20importancia%20e%20o%20papel%20dos%20preceptores&pagina=ar02.php>.
4. Wuillaume SM, Batista NA. O preceptor na Residência Médica em Pediatria: principais atributos. *J Pediatr*. 2000; 76(5):333-8.
5. Haddad AE, Brenelli SL, Michel JLM, Nunes MPT, Bucci MPD, Campos FE. A Educação Médica no Contexto da Política Nacional de Educação na Saúde. In: Marins JJN, Rego S. Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec Associação Brasileira de Educação Médica; 2011. p. 33-5.
6. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Residência: Cremerj luta pela valorização da preceptoria. *Jornal do Cremerj*, 2011 [capturado em: 09 jul 2012]. Disponível em: <http://cremerj.org.br/jornais/mostraMateria.php?idJornal=34&idMateria=482>.
7. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Recém-formados: Preceptoria-valorização qualifica residência. *Jornal do Cremerj*, 2012 [capturado em: 10 jul 2012]. Disponível em: <http://cremerj.org.br/jornais/mostraMateria.php?idJornal=34&idMateria=482>.
8. Missakal H, Ribeiro VMB. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica 2007-2009. *Rev Bras Educ Méd* 2009; 35 (3): 303-10.
9. Brasil. Decreto nº 13.032, 06 de agosto de 2010. Institui a Preceptoria no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS). *Diário Oficial do Estado do Mato Grosso do Sul*; ano 32.
10. Pará. Termo de acordo que celebram entre si o estado do Pará e o sindicato dos médicos do estado do Pará. Belém, PA, 2008. Disponível em <http://www.sindmepa.org.br>.
11. Brasil. Ministério da Educação. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Secretaria geral Parlamentar. Departamento de Documentação e Informação. Decreto nº 57.865, de 13 de março de 2012. Brasília.
12. Brasil. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Circular S/SUBPAV/SAP n.º 10/2011.
13. Ribeiro MAA. Apontamentos sobre RM no Brasil. Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados; 2011.
14. Botti SHO. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? *Rev Bras Educ Méd* 2008; 32(3):363-73.
15. Nunes MPT, Michel JLM, Haddad AE, Brenelli SL, Oliveira RAB. A Residência Médica, a Preceptoria, a Supervisão e a Coordenação. In: Associação Brasileira de Educação Médica. Cadernos da ABEM. 2011: 7:35-40.
16. Botti SHO. O papel do preceptor na formação dos médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Rio de Janeiro; 2009. Doutorado [Tese] – Fundação Osvaldo Cruz.



Universidade Federal de Pernambuco

Residência Médica em Pernambuco: reflexão de um grupo de preceptores sobre cenários e atores.

Residência Médica em Pernambuco: reflexões de um grupo de preceptores sobre cenários e atores

Ana Paula Tavares Cavalcanti de Souza^I / Eduardo Sampaio Siqueira^I / Gisele Fernandes^I / Isabel Brandão Correia^I / José Guido Corrêa de Araújo Júnior^I / Lara Ximenes Santos^I / Luciana Cordeiro^I / Luciano Calheiros de Moraes Guerra^I / Lucy Vieira da Silva Lima^I / Marcos Vinícius Ribeiro dos Santos^I / Rodrigo Pinheiro Silveira^I / Roseane Santos da Silva^I / Tereza Rebecca de Melo e Lima^I / Ana Cláudia Santos Chazan^{II} / Vitor Hugo Lima Barreto^{II} / Rosangela Minardi Mitre Cotta^{III} / Lia Márcia Cruz da Silveira^{IV}

Palavras-chave: Gerenciamento do Tempo. Residência Médica. Preceptorial. Estrutura dos Serviços.

RESUMO

A pós graduação em medicina nos moldes como conhecemos a Residência Médica (RM), ocorre em Pernambuco desde a metade do século passado. Atualmente esta atividade concentra-se em cidades polos: Recife, Caruaru e Petrolina. Nestas duas últimas a história é mais recente e teve apoio do Pró-Residência para sua implantação. Durante o Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptorial na Residência Médica realizado em Recife, evidenciou-se que problemas da ordem da organização e da estrutura dos serviços de saúde (primários, secundários ou terciários), afetam a prática da preceptorial. Os grupos, partindo da reflexão sobre suas experiências, buscaram na literatura, estratégias que os

ajudasse a qualificar a prática da preceptorial. Concluíram que, investir em sua formação pedagógica, possibilitou deslocar o foco das fragilidades e obstáculos para as oportunidades e desenvolvimento de fortalezas no sentido de alcançarem as mudanças necessárias a uma formação mais adequada dos residentes, seja por meio da motivação para a indispensável função de *preceptorar*, seja pela ocupação dos espaços institucionais de participação.

INTRODUÇÃO

Ainda hoje, há dúvidas sobre qual teria sido o primeiro programa de residência médica (RM) oferecido no Brasil. Embora não se consiga precisar o início dessa atividade em Pernambuco, sabe-se que a formação de pedia-

I Preceptores de Residência Médica do Estado de Pernambuco.

II Tutores do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptorial da Residência Médica.

III Orientadora de Aprendizagem do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptorial da Residência Médica.

IV Supervisora do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptorial da Residência Médica.

tras no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip) e de cirurgiões e clínicos no Hospital Pedro II, que até 1980 albergava a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), seguia esse molde desde a segunda metade do século passado.

O Hospital Agamenon Magalhães, pertencente ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), em 1971, instituiu o primeiro programa de Clínica Médica fora do âmbito da universidade. As áreas de formação foram diversificadas e oferecidas em outros hospitais dessa rede. A demanda crescente por parte dos egressos de Medicina estimulava a criação de novos cursos.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a extinção do Inamps, o Estado de Pernambuco assumiu a gerência dos hospitais e tornou-se o maior provedor da residência. Aos programas das instituições públicas seguiram-se os da iniciativa privada. Ao longo de mais de duas décadas, tem havido incentivo à criação de novos programas e promoção da descentralização dos locais de formação com a mesma convicção de outrora: a RM imprime qualidade à formação profissional e à assistência médica deste Estado.

A RM em Pernambuco concentra-se em cidades consideradas polos médicos: Caruaru, Petrolina e Recife. Os programas em Petrolina e Caruaru, com uma história mais recente, tiveram amplo apoio do Pró-Residência para sua implantação. Em Petrolina, o *campus* da Universidade Federal do Vale do São Francisco apoia grande parte dos programas, e em Caruaru é a própria rede assistencial organizada no Sistema Único de Saúde que estrutura as residências. A UFPE está prestes a iniciar um *campus* avançado nesta cidade com um curso de Medicina, o que fortalecerá a formação médica com a geração de diversos cargos de professor em Medicina em suas diversas áreas.

Em Recife, os programas estão centrados na UFPE e na Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Pernambuco. Ambas as instituições constituíram uma ampla diversidade de programas. Na UFPE, os programas ocorrem no Hospital Universitário, enquanto a SES amplia os cenários de prática dos programas nos diversos hospitais-escola cadastrados, além de centros de saúde no nível secundário. De maneira geral, os serviços municipais de atenção primária são utilizados pelos programas com obrigatoriedade de rodízios neste nível assistencial.

Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria da Residência Médica em Pernambuco

O Curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria na Residência Médica em Recife, realizado pela Associação Brasileira de Educação Médica (DCPPRM-PE/ABEM), em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e Ministério da Saúde (MS), teve entre os preceptores inscritos médicos especialistas em diferentes áreas, tais como Medicina de Família e Comunidade, Pediatria, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica e Nefrologia, que atuam em unidades básicas de saúde ou hospitais universitários que atendem exclusivamente pelo SUS. No final do primeiro momento presencial, constituíram-se dois grupos de trabalho – *Colmeia* e *Andarilhos* –, que compartilharam os desafios relativos à prática da preceptoria na residência médica que os inquietam. Após intenso processo de discussão e exercício constante de consenso, cada grupo escolheu um problema como prioritário e elaborou uma questão de aprendizagem para guiá-los na teorização. O objetivo foi buscar possíveis soluções para a transformação das práticas, que serão apresentadas a seguir.

Este trabalho se concretizou em ambiente virtual de aprendizagem (AVA), com apoio do Telessaúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a partir da definição, por cada grupo, dos papéis de coordenação e cocoordenação, relatoria e gestão do tempo. A duração foi de seis semanas, orientada por um cronograma que previa quatro fases: organização do processo de trabalho (uma semana); discussão dos pontos-chave relacionados ao problema (duas semanas); elaboração de síntese individual (duas semanas) e elaboração de síntese coletiva (prazo inicial de uma semana, porém concretizada em dois meses).

A *Colmeia* traduziu o problema priorizado na pergunta: *Como otimizar o uso do tempo no exercício da preceptoria, considerando metas do programa, assistência, produtividade e múltiplas funções?* A resposta elaborada partiu do reconhecimento da importância da preceptoria para apoiar o desenvolvimento da autonomia do médico residente em sua formação, sendo necessário buscar ferramentas que o auxiliem a ser mais eficiente nesta tarefa, como descrito a seguir.

Síntese coletiva do grupo COLMEIA

Preceptor, residente e serviço são os elementos fundamentais do processo educacional que conhecemos como RM. Neste contexto, destaca-se o importante papel do preceptor, já que este planeja, orienta, guia; estimula o raciocínio e a postura ativa; analisa o desempenho; aconselha, cuida do crescimento profissional e pessoal e atua na formação moral dos seus residentes¹. Além do aprendizado, o residente irá, durante o seu treinamento, desenvolver habilidades e autonomia no exercício das suas atividades².

Quando se somam à função de preceptoria outras atividades profissionais, o uso de ferramentas que ajudem na melhor utilização do tempo disponível para essa prática é de grande importância³.

Além disso, a demanda crescente de atendimentos e os imprevistos relativos à falta de estrutura nas unidades de saúde, em que são exercidas as práticas da preceptoria, comprometem a qualidade da atenção e do ensino, o que reforça a necessidade de racionalizar o tempo disponível.

O objetivo da *Colmeia* foi pesquisar estratégias de trabalho e metodologias de ensino-aprendizagem-assistência que garantam alta eficiência na utilização do tempo na prática da preceptoria.

A partir da busca ativa individual na literatura e do compartilhamento de textos na biblioteca virtual coletiva, o grupo definiu três eixos temáticos principais a serem desenvolvidos, com o objetivo final de apresentar estratégias para o uso mais adequado do tempo na preceptoria. São eles:

Eixo 1 – Organização do processo de trabalho

Conhecimento dos objetivos de aprendizagem do programa: foco no planejamento e nas estratégias didáticas; necessidade de visita comentada à beira do leito para todos os pacientes *versus* seleção de casos representativos; discussão de casos em equipe multidisciplinar; organização conjunta das agendas de preceptor e residente (intervalo de cinco minutos entre as consultas para apresentação e discussão dos casos); protocolos simples de conduta, construídos coletivamente.

Eixo 2 – Otimização do tempo na discussão de casos clínicos

Metodologia ABP (Aprendizagem Baseada em Problemas) – sete passos para abordagem clínica; preceptoria em um minuto, com discussão do atendimento em cinco minutos, no intervalo entre consultas; técnicas *five steps microskills* e Snapps; abordagem centrada na pessoa do residente.

Eixo 3 – Utilização de novas tecnologias de informação e comunicação

Filmagem e observação direta do atendimento do residente; preceptoria à distância: telefone, telemedicina, outros recursos da internet; prontuário eletrônico.

O grupo *Colmeia* obteve consenso em uma importante questão enfrentada pelos preceptores na prática cotidiana da residência: *sobrecarga de trabalho e dificuldade em gerir o tempo na preceptoria*. E trilhou por esses três eixos em busca de respostas.

Em relação ao primeiro eixo, o envolvimento de preceptores e residentes na avaliação do desenvolvimento e aprendizado e no desenho curricular é um importante fator motivacional e otimizador do tempo⁴.

No que diz respeito ao segundo eixo, as visitas à beira do leito, as consultas ambulatoriais e as visitas domiciliares foram citadas como atividades comuns à grande maioria dos programas de RM. A análise das sínteses individuais revelou que a ausência de uma base teórica de orientação das práticas pedagógicas utilizadas pelos preceptores é um fator que dificulta o adequado aproveitamento dos encontros preceptor-residente.

Várias estratégias sistematizadas e instrumentos que orientem o atendimento e o uso mais adequado do tempo para a discussão de casos em diversos cenários de prática da preceptoria foram revelados nas sínteses individuais. Estas ferramentas podem facilitar a aprendizagem ativa e significativa e estimular o raciocínio clínico. Entre elas destacaram-se a abordagem clínica da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)⁵, a metodologia da problematização, o *One Minute Preceptor*^{6,5}, *steps microskills*⁷ e o Snapps⁸. Todas trazem em comum a abordagem centrada no residente.

Na RM, a sistematização da discussão de casos com uso da metodologia ABP para abordagem clínica tem se mostrado uma estratégia eficaz para estimular uma apren-

dizagem significativa, bem como o raciocínio clínico sistematizado e autônomo, permitindo otimizar o uso do tempo nas discussões de casos clínicos em ambientes como enfermarias, por exemplo. Outra estratégia semelhante de sistematização da discussão de casos clínicos é a técnica centrada no estudante, conhecida como Snapps⁸.

Outro modelo de preceptoria, desenvolvido na Universidade de Washington com o objetivo de permitir o ensino em tempo relativamente limitado frente à crescente demanda por atendimentos, é conhecido como Preceptoria em um Minuto (*One Minute Preceptor*). A base teórica deste modelo possibilita ao preceptor transmitir a seus alunos, em curto espaço de tempo e de maneira eficaz, valiosas informações médicas, bem como permite conhecer melhor as características do grupo de estudantes. Esse foi um dos métodos mais discutidos pelo grupo *Colmeia*, que o considerou uma estratégia bastante eficaz para sistematizar as discussões de casos com residentes, em diversos ambientes de aprendizagem.

Destacou-se também a utilização do método clínico centrado no paciente que garante que questões relativas às expectativas, idéias, medos e necessidades do paciente sejam consideradas, sem sacrificar a atenção do residente aos outros aspectos do modelo biomédico, com enfoque na doença⁹.

Sobre o terceiro eixo, apesar de a incorporação de novas tecnologias de comunicação e informação na prática de ensino ter sido considerada um desafio, os autores consultados revelam diversos benefícios relacionados ao uso dessas tecnologias. Elas permitem economia ou desdobramento do tempo quando, por exemplo, proporcionam o registro de atendimentos pelo residente através de filmes para posterior análise conjunta entre ele e seu preceptor, que pode apontar pontos fracos e fortes que precisem ser trabalhados e dar a ambos uma prova mais objetiva das necessidades e avanços no processo de ensino-aprendizagem e assistência¹⁰.

Entre os dispositivos de alta tecnologia estão os *smartphones* e *tablets* usados em diversos cenários de prática, como visitas à beira do leito, consultas ambulatoriais ou visitas domiciliares. O uso dessas tecnologias mostrou-se essencial para evitar o adiamento da tomada de decisões clínicas e auxiliar o residente no desenvolvimento do seu processo de aprendizagem⁹. Além disso, a consulta imediata a essas fontes possibilita que os residentes

se dediquem ao aprendizado e à reflexão sobre questões muito mais complexas do que as tabelas e esquemas antes decorados.

Da mesma forma, os recursos de telessaúde, que proporcionam teleassistência envolvendo preceptor e residente, podem produzir a utilização máxima do tempo em tarefas simultâneas em espaços diferentes da instituição ou mesmo em pontos muito mais remotos entre si. Os momentos de preceptoria não presencial foram citados como essenciais ao desenvolvimento da autonomia e responsabilização progressiva dos residentes, que assumem gradativamente papel central no cuidado com o paciente². Para isso, os autores destacaram a importância do uso de novas tecnologias de comunicação oferecidas por celulares/SMS e internet, que facilitam o diálogo entre preceptor e residente.

Alguns desafios encontrados foram relacionados à ausência de um registro eletrônico de informação dos pacientes. Muitos programas e plataformas de prontuários eletrônicos estão disponíveis no mercado e, com certeza, algum deles pode ser aplicado. Os benefícios seriam ampliados se a plataforma permitisse o acesso a informações contidas nos prontuários das diversas instituições da rede de saúde, incluindo e integrando postos de saúde e hospitais de diferentes níveis de complexidade.

As abelhas da *Colmeia* pernambucana descobriram juntas diferentes formas de utilizar eficientemente o tempo disponível para as atividades de preceptoria. Todos os eixos discutidos expuseram caminhos que são exequíveis e devem ser discutidos com os preceptores e residentes dos seus programas, com grande possibilidade de sucesso.

Tão importante quanto o conteúdo discutido, foi a experiência adquirida pela *Colmeia* com o uso do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), para fortalecer o vínculo dos participantes com a tarefa proposta. Esta tecnologia de estudo, trabalho e comunicação, nova para alguns, se mostrou útil à aprendizagem do gerenciamento do tempo no trabalho em equipe.

Síntese coletiva do grupo ANDARILHOS

O grupo *Andarilhos* traduziu seu principal desafio na pergunta: *Como garantir ao residente uma formação adequada num cenário desfavorável?* A resposta elaborada partiu das percepções de preceptores e residentes acerca do que

seja um cenário desfavorável à RM e será descrita nos próximos parágrafos.

Diante de um cenário que se configura inadequado, segundo a percepção dos *Andarilhos*, há de se considerar duas visões do problema, não necessariamente antagônicas, mas que se complementam, a dos preceptores e a dos residentes.

A percepção dos preceptores foi coletada mediante discussão no AVA, em fórum com dois tópicos com perguntas disparadoras: *O que chamamos de formação adequada? O que torna o cenário desfavorável na visão do preceptor?* Para responder a estes tópicos, alguns preceptores utilizaram suas experiências individuais e conversas informais com colegas de profissão. De forma complementar, um terceiro tópico teve como pergunta disparadora: *O que torna o cenário desfavorável na visão do residente?* Alguns preceptores responderam que usaram em suas residências a estratégia de avaliação Panorama Sobe/Desce, na qual foi solicitado aos residentes relacionar os fatores favoráveis e desfavoráveis das residências. Também usaram conversas informais e outras técnicas de avaliação com alguns residentes de diferentes programas.

Na visão do preceptor, a falta de formação pedagógica foi apontada como um problema central e talvez o mais importante. Isto porque, se este tivesse preparo pedagógico, seria mais fácil superar as adversidades e ajudar seus residentes a superá-las. Médicos são formados em um curso de bacharelado, e em seu diploma parece haver uma autorização para ensinar. Esta é uma das competências exigidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina, portanto legal¹¹, e está presente em seu juramento. No entanto, a atual formação médica não garante a adequada formação de um profissional com as características esperadas de um preceptor/professor/docente/tutor e, em consequência, ele não está preparado para exercer a função de ensino, especialmente em um ambiente desfavorável.

Este ambiente desfavorável começa pela falta de estrutura física dos serviços do SUS, que por lei deve ser o elemento formador e gerenciador de seus recursos humanos. Esta falta de estrutura leva ao ensino do que é possível ser feito, e não do que é o certo a se fazer. Mas será que o possível não é o certo para estas circunstâncias? O que vai ser ensinado aos residentes, um conheci-

mento descontextualizado da realidade atual? Ou uma realidade contextualizada? Para que e quem estão sendo formados como residentes? Nos lugares onde atuarão, eles não encontrarão as mesmas dificuldades, devendo estar preparados para enfrentá-las¹²?

O excesso de demanda do trabalho, hospitais superlotados, a imposição de ter que ensinar e dar conta do serviço ao mesmo tempo, baixa remuneração, reconhecimento quase inexistente da função de preceptor, em suas diversas denominações e em diversos níveis, são outros problemas a enfrentar.

Para os residentes, o valor da bolsa da residência é tido como baixo, tornando-se um ponto negativo na formação, uma vez que muitos irão complementar a renda com outros empregos, além de gerar a sensação de serem “mão de obra barata”. Assumir muitas atribuições é outra queixa enumerada por eles, algumas vezes resultante da estrutura inadequada dos serviços de saúde – a perda de longo tempo para resgatar exames, por exemplo, diminui o tempo disponível para exercer a função de residente. Observando por este lado, pode-se perguntar: será o tempo o maior problema para uma formação adequada? Ou será que há tempo, mas este não é adequadamente gerenciado? Ou, ainda, o residente não dá a devida importância a alguns papéis que lhe são atribuídos? Como se pode ver, as questões não são novas, mas, sim, desafiadoras.

A partir dos pontos relevantes mencionados que fizeram parte da compreensão do problema, foram criados novos tópicos por temas, com o objetivo de responder às dúvidas e propor soluções com base na literatura consultada. Para estas etapas foram criados os seguintes tópicos: teorização sobre formação ideal do residente; solucionando os problemas; motivando o preceptor; desenvolvimento docente e a formação de médicos; e um tópico específico para a elaboração e postagem das sínteses individuais. O produto desta análise está apresentado por subtópicos.

Os sujeitos da educação moderna, seus papéis e inter-relações

Segundo Paulo Freire, o homem é um ser de relações e não só de contatos, não apenas está no mundo, mas com o mundo¹³, e esse foi o referencial utilizado como subsídio para a discussão sobre as dificuldades encontradas na

prática da preceptoria. Assim, deve-se perguntar: Que mundo é este? No momento, os preceptores, estão na preceptoria ou com a preceptoria? Estão no serviço ou com o serviço? Isto faz toda diferença!

De forma complementar, Freire, ao discorrer sobre as relações de dominação, de exploração, de opressão, que por si já são violentas e levam dominador e dominado a se desumanizar e se fazerem coisas – o primeiro por excesso, o segundo, por falta de poder¹³ –, nos leva a questionar sobre a relação preceptor-residente. Nesta perspectiva, como coisas, não há o respeito, a ética ou o compromisso.

Preceptores são construtores deste cenário, mas, claro, não têm poder sobre a tomada de todas as decisões importantes. Há chefes, diretores, superintendentes, coordenadores e gestores, entre outros. O que se verifica, muitas vezes, é que os preceptores, não tendo poder de decisão, atuam como meros espectadores. Não obstante, mesmo diante de tantos obstáculos, não se pode sucumbir e permitir que estas indiferenças tirem deles a vontade de transformar e de melhorar seus residentes. Afinal, não é nesse cenário, cheio de adversidades, que eles vão atuar¹²?

Ensinar exige apreensão da realidade, e aprender é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e aventura de espírito. Daí a qualidade que tem a prática educativa de ser *política*, de não poder ser neutra¹⁴. Ensinar não é transmitir conhecimento e, ainda de acordo com Paulo Freire, não há docência sem discência. Considerando *praxis* como reflexão e ação dos homens sobre o mundo para transformá-lo¹⁵, espera-se de educadores, aqui os preceptores, que tenham uma prática reflexiva, modelar, para o aprendizado dos residentes.

A formação ideal

A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), em sua resolução, estabelece requisitos mínimos e cenários de práticas com respectivos períodos de treinamento para as residências e áreas de atuação/especialidades reconhecidas no País¹⁶. Apesar da legitimidade do documento, como fragilidade, ressalta-se a necessidade de uma definição mais precisa do que vem a ser uma boa formação. Mas seria possível uma entidade nacional estabelecer o perfil de residente esperado ao final de um

curso adequado, para um país tão grande e diverso como o nosso?

A formação ideal se daria então a partir da elaboração de um currículo baseado nas competências a serem desenvolvidas^{17,18}. Para elaborar um currículo baseado em competências, é necessário entender melhor o que são competências, e em seguida determinar quais as competências necessárias para garantir uma formação adequada aos residentes. Já não se foca somente o conhecimento. As competências necessárias são um misto de conhecimentos (cognitivo), habilidades (psicomotor) e atitudes (afetivo), sendo a última uma necessidade marcante da formação atual. Há serviços no mundo inteiro interessados em desenhar e estabelecer quais competências formariam um bom médico^{19,20}. E contextualizar essas competências para o nosso meio seria um passo largo, a ser dado por vários atores envolvidos na residência médica.

Uma vez determinado o produto final desejado, deve haver uma discussão sobre como garantir que ele será alcançado. Com base no que parece mais problemático, devem-se utilizar as armas mais poderosas para vencer as falhas. A diversidade de pacientes e cenários de atuação, assim como o empenho dos preceptores parecem não ser problema, mas é preciso potencializar estas armas. Como fazer os pacientes não serem somente números, coisas para o aprendizado? E os preceptores, como motivá-los?

Potencializando o aprendizado, explorando metodologias ativas e a autonomia do aprendiz

Para potencializar o aprendizado diante de cada paciente, como estratégia podem-se utilizar metodologias ativas de ensino-aprendizagem, colocando o residente como motor de seu próprio aprendizado. Esta é uma das características mais importantes do aprendizado de adultos¹⁴. O emprego de diferentes estratégias pode favorecer esta formação, com maior chance de facilitar a tomada de decisões e ensinar o residente a aprender a aprender²¹. Para utilizar este tipo de metodologia, seria necessário ao preceptor desenvolver competências pedagógicas²².

Como sugestão de metodologias a serem usadas, destacam-se a metodologia baseada em problemas e a problematização. Na realidade da residência médica, a riqueza de problemas diários e contextualizados poderia tornar mais apropriada a utilização da problematização^{23,24}.

Outra estratégia, a proposta da preceptoría em um minuto, tem caráter ativo de aprendizagem, pois também leva o residente a buscar seu conhecimento, sem tirar a importância da figura do preceptor, apenas modificando seu papel e exigindo dele humildade para aceitar este novo papel. A partir disso, o preceptor faz uma avaliação apreciativa, reforçando os acertos e chamando a atenção para erros e omissões, encerrando o caso com o enfoque de um princípio teórico geral do caso²⁵.

Aprendendo a aprender

Nesse sentido, aprender a aprender seria o incentivo à pesquisa. Esta é uma fonte de conhecimentos, e não somente a pesquisa clínica ou a de laboratório, mas também as pesquisas que envolvem revisão de literatura. Uma busca adequada de literatura relevante num contexto de medicina baseada em evidências, com desenvolvimento de senso e análise crítica, pode ser uma fonte de fortalecimento para a aprendizagem significativa. A pesquisa social, envolvendo a comunidade, e outros tipos de pesquisas das mais diversas podem colaborar em diferentes cenários²⁶.

A disponibilidade de diversas tecnologias e a necessidade de sua utilização em diferentes oportunidades tornam necessário buscar novas ferramentas de ensino, plataformas de aprendizado a distância, *e-learning* e até mesmo *blogs*²⁷. Os dispositivos de memória externa (*smartphones*, *tablets*, etc.) modificaram a forma de aprender e ensinar, conquistando a aderência de quase todos os residentes. Decorar não é mais necessário. Entretanto, é preciso que os residentes entendam que, por mais rápidos e completos que sejam estes dispositivos, eles somente subsidiam as capacidades humanas de saber e conhecer, mas não as de compreender e analisar.

Desenvolvendo habilidades

O desenvolvimento de habilidades encontra grandes dificuldades em cenários desfavoráveis, mas pode ser potencializado. Podem-se desenvolver laboratórios de habilidades, mas os custos destes não parecem ser, ainda, viáveis para o SUS, embora o número de pacientes seja adequado a esta formação. Preocupar-se é necessário, pois o desenvolvimento, nos residentes, de uma visão ética e humanística é a demanda da sociedade. As habilidades de comunicação têm sido exigidas pelos pacientes

e cada vez mais apontadas como a maior dificuldade e falha do médico moderno²¹.

Desenvolvendo atitudes

Na Medicina de Família e Comunidade trabalha-se com um método clínico, chamado medicina centrada na pessoa. O método vem de um trabalho do professor McWinnery, de Medicina de Família, da Universidade de Western Ontário, para “elucidar a ‘real razão’ pela qual uma pessoa procura o médico”. Este método exige, além dos conhecimentos científicos por tantos anos priorizados, características humanísticas dos residentes²⁸.

Pode-se perguntar então se é possível ensinar atitudes e afetividade. A literatura tem respondido a esta pergunta com um sim²⁹. É possível ajudar os residentes a desenvolver estas características. O que se exige especialmente do preceptor é ser exemplo e, para isto, um bom exemplo. Ensinar empatia pode ser bem mais difícil que conhecimentos.

É necessário avaliar

Outro ponto relevante é a necessidade de avaliação. Mas, para avaliar, precisamos antes definir o que avaliar, para depois decidir a melhor forma de fazê-lo. A avaliação faz parte do processo de ensino-aprendizagem e o influencia diretamente, podendo ser um importante momento de incentivo à autonomia. Isto porque através da autoavaliação – avaliar com o residente – se estimula a análise crítica do próprio processo de ensino-aprendizagem, contextualizado com o cenário de práticas (SUS) e demandas pessoais (expectativas e frustrações), possibilitando novas pactuações e planejamento do aprendizado.

Há diferentes formas de avaliação, mas os modelos de desenho curricular usados em todo o mundo situam a programação da avaliação após a definição dos objetivos. Assim, parece primordial definir o que se quer do residente idealmente formado.

Motivando o preceptor

Em um processo centrado no aluno, não podemos esquecer o preceptor, formá-lo para esta função é necessário. No que se refere a aprender a aprender, vale salientar que os preceptores também precisam de investimentos

em sua educação continuada e educação permanente. Além do estímulo e procura individual, deve ser função das instituições fortalecer e incentivar estas políticas.

Há resistências a serem vencidas pelos incentivadores da prática da educação continuada e permanente e da integração entre ensino e serviço. Há preceptores que simplesmente acham que não precisam aprender, outros não têm tempo, outros consideram que aprender não será capaz de gerar mudanças²¹. Mas há estratégias para mudar e vencer estas resistências.

Gestão de pessoas e de mudanças tem se tornado um campo crescente em instituições de ensino, e a profissionalização de líderes genuínos pode favorecer as mudanças – líderes que saibam gerenciar junto com os preceptores, fazendo com que estes se sintam parte do programa, se responsabilizem pelo residente, líderes que valorizem o preceptor. A remuneração não é o principal atrativo para estes profissionais, mas a valorização e o reconhecimento são fundamentais³⁰.

A motivação dos preceptores requer também a profissionalização desta profissão. É preciso garantir competências para estes e o direito de assim serem denominados, preceptores/docentes/tutores/professores³¹.

CONCLUSÃO

O cenário para a formação dos residentes encontra-se inadequado. Uma das soluções para este problema é ter preceptores com competências para atuar nas residências médicas. A ABEM, por intermédio do curso de Desenvolvimento de Competência Pedagógica de Preceptores, já deu o primeiro passo, investindo na formação de preceptores em todo o País.

A melhor formação de residentes, mesmo em cenário inadequado, exige uma releitura da educação que está sendo feita, com a educação centrada no residente e a assistência centrada no paciente. Resta ao preceptor ser o centro de uma educação continuada e permanente, que lhe proporcione capacitação pedagógica para atuar como docente neste cenário com características singulares – a residência médica.

Aqui citamos um exemplo vivenciado por um preceptor de nosso grupo:

Em determinado dia, estava na enfermaria com uma paciente jovem com doença oncológica avançada e fora de

possibilidade terapêutica, e era necessário dar esta notícia. Estavam reunidos dois preceptores e o residente, mas naquele momento ia ter início uma atividade teórica, e o residente foi liberado para ir ao seminário. Ele, no entanto, pediu para ficar e presenciar a conversa com sua paciente, durante a qual ficou calado, só assistindo como os preceptores falavam com ela. Ao final, ele disse que jamais aprenderia em um seminário o que tinha aprendido vivenciando aquela situação concreta.

Há problemas que não podemos resolver por completo, fazer nossa parte é um passo inicial. Não podemos aumentar bolsas, salários ou obrigar que os governantes e chefes de serviços valorizem nossa função – isto está fora de nossa governabilidade. Mas, como primeiro passo, podemos procurar melhorar nossa formação, deslocando o foco das fragilidades e obstáculos para as oportunidades e desenvolvimento de fortalezas. Melhorar a nós mesmos, valorizar o que de fato é importante, otimizar o pouco tempo que temos e nos ocupar da nossa responsabilidade de formação dos residentes. Talvez assim, debruçar-se sobre as mudanças necessárias a uma formação mais adequada dos residentes possa ser uma fonte de motivação para nossa indispensável função, *preceptorar*, que, no final, é antes de tudo uma questão de ser exemplo/modelo. Resta, portanto, que cada um ocupe os espaços institucionais de participação ou, como diria João Cabral de Melo Neto, cantado por Chico Buarque, que cada um repense e tome posse da “parte que lhe cabe neste latifúndio”³² (p. 1941).

AGRADECIMENTOS

A Dra. Gracília Ramos, preceptora de Pediatria, ex-coordenadora da CEREM de Pernambuco, que contribuiu com os dados históricos sobre a residência médica neste Estado.

REFERÊNCIAS

1. Botti SHO, Rego STA. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. *Physis Rev. Saúde Coletiva* 2011; 21(1):65-85.
2. Botti SHO. O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Rio de Janeiro; 2009. Doutorado (Tese) - Escola Nacional de Saúde Pública.
3. Wuillaume SM, Batista NA. O preceptor na residência médica em Pediatria: principais atributos. *Jornal de Pediatria*. 2000; 76(5):333-8.

4. Dent JA, Harden RM. A Practical Guide for Medical Teachers. 3 ed. London: Elsevier; 2009.
5. D, Snellen-Balendong H. Problem Construction. Maastricht: Datawayse; 2000.
6. Chemello D, Manfró WC, Machado CLB. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo Preceptorial em um Minuto. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(4):664-9.
7. Neher JO, Gordon KC, Meyer B, Stevens N. A five-step "microskills" model of clinical teaching. *J Am Board Fam Pract*. 1992; 5(4):419-24.
8. Wolpaw T, Papp KK, Bordage G. Using SNAPPS to Facilitate the Expression of Clinical Reasoning and Uncertainties: A Randomized Comparison Group Trial. *Academic Medicine*. 2009; 84(4):517-24.
9. Stewart M, Brown JB, Weston WW. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico: tradução: Anelise Teixeira Burmeister. Porto Alegre: Artmed, 2010, 376 p.
10. Dawson PS, Lanphear FH, Cheema MY. Video recording feedback: a feasible and effective approach to teaching history-taking and physical examination skills in undergraduate paediatric medicine. *Medical Education*. 1998; 32:332-6.
11. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
12. Blank D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. *Rev. Bras. Educ. Méd*. 2006; 30(1):27-31.
13. Freire P. Educação como Prática da Liberdade. 7 ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1977.
14. Freire P. Pedagogia da Autonomia. 33 ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 2006.
15. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 11 ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1982.
16. <http://portal.mec.gov.br>
17. Dick W, Carey L, Carey J. The systematic design of instruction. 5 ed. Nova Iorque: Allyn e Bacon; 2005. p.2-12.
18. Gagné R, Briggs L, Wager W. Principles of instructional design. 4 ed. Fort Worth, TX: HBJ College Publishers; 1992.p.20-36.
19. General Medical Council. Tomorrow's doctors; 2009 20. Frank JR (ed). The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005.
20. Dent J, Harden R. A Practical guide for Medical Teachers. [s.d]: Churchill Livingstone; 2001.
21. Masetto MT. Competência Pedagógica do Professor Universitário. São Paulo: Summus; 2003
22. Berbel NN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface Comunic, Saúde, Educ*. 1998; 2: 140-154.
23. 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):780-788.
24. Chemellor D, Manfróir WC, Machador CLB. O papel do preceptor no ensino médico e o modelo Preceptorial em um minuto. *Rev Bras Educ Méd*. 2009; 33(4):664-9.
25. Bastos C, Keller V. Aprendendo a Aprender. Introdução a Metodologia Científica. Rio de Janeiro: Vozes; 2011.
26. Sethi SK, Desai TP, Jhaveri KD. Online blogging during conferences: an innovative way of e-learning. *Kidney Int*. 2010; 78:1199-1201
27. Stewart M, Brown JB, Weston WW, Mc Whinney IA, Mc William CL, Freeman TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
28. Benbassat J, Bauml R. What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships? *Academic Medicine*. 2004;79(9):832-9.
29. Frerichs C, Pace D, Rosier T. Leading from the middle. In: Schroeder CM (Org.). Coming in from the margins. Virginia: Stylus; 2012. p.143-159.
30. Botti S, Rego S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? *Rev Bras Educ Méd*. 2008;32(3):363-73.
31. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Priore SE, Franceschini SCC, Cazal MM, Batista RS. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(3):1933-1942.
32. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Priore SE, Franceschini SCC, Cazal MM, Batista RS. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(3):1933-1942.



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Estratégias de valorização e capacitação pedagógica do preceptor da residência médica.

Estratégias de Valorização e Capacitação Pedagógica do Preceptor da Residência Médica

Ana Célia Costa De Carvalho^I / Ana Cristina Santiago Vale^I / André Siqueira Abrantes^I / Claudio Orestes Britto Filho^I / Clécio de Oliveira Godeiro Júnior^I / Eduardo Dantas Baptista de Faria^I / Eliane Pereira da Silva^I / Elza Maria Fernandes Seabra de Melo^I / Eugênio França do Rêgo^I / Francisco Américo Micussi^I / Hadmila Rodrigues Melo^I / Irami Araujo Filho^I / Julio Cesar Vieira de Sousa^I / Kátia Cristina Araújo Nascimento de Oliveira^I / Larissa Moraes da Costa^I / Lyane Ramalho Cortez^I / Maria da Guia Medeiros Garcia^I / Nestor Rodrigues de Oliveira Neto^I / Rodrigo Trigueiro Moraes de Paiva^I / Rosângela Maria Moraes da Costa^I / Tásia de Albuquerque Falcão Feitosa^I / José Diniz Junior^{II} / George Dantas de Azevedo^{II} / Rosiane Viana Zuza Diniz^{II} / Luisa Fogarolli de Carvalho^{III} / Denise Herdy Afonso^{IV}

Palavras-chave: Residência Médica. Motivação. Preceptoria. Educação Médica. Capacitação em Serviço.

RESUMO

Por integrarem os saberes da academia e do serviço, os programas de residência constituem uma ferramenta para a definição de padrões de qualidade da prática assistencial, na medida em que a atuação de tutores e preceptores, aliada ao interesse e à curiosidade dos jovens aprendizes, promove o questionamento e a discussão constantes das decisões e condutas clínicas adequadas, com base em evidências científicas. Atualmente se observa uma inquietação dos preceptores de residência médica pela falta de reconhecimento e valorização de seu trabalho, envolvendo tanto seu órgão representativo no Brasil, a Comissão Nacional de Residência Médica,

quanto os próprios médicos residentes. Há sobrecarga de trabalho em condições adversas, pouco tempo para discussão de casos, além de imobilidade frente às reivindicações dos preceptores, que necessitam de valorização como pessoas humanas e profissionais dedicados. Ademais, a formação dos profissionais de saúde tem se baseado em metodologias tradicionais, em que o conhecimento é fragmentado em campos altamente especializados, em busca de eficiência técnica. Entretanto, as estratégias de capacitação pedagógica voltadas para a preceptoria da residência médica são ainda extremamente frágeis, o que dificulta e desvaloriza a atuação dos preceptores. Neste contexto, este capítulo apresenta a reflexão crítica dos preceptores e tutores participantes

I Preceptor de Residência Médica do Estado do Rio Grande do Norte.

II Tutores do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria da Residência Médica.

III Orientadora de Aprendizagem do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria da Residência Médica.

IV Supervisora do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoria da Residência Médica.

do projeto da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) para o Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptorial na Residência Médica, realizado em Natal (RN) no ano de 2012 (DCPPRM-RN), sobre a valorização e capacitação pedagógica de preceptores da residência médica.

INTRODUÇÃO

A residência médica (RM) é um modelo educacional, em nível de pós-graduação, no qual os aprendizes aprofundam conhecimentos e melhoram habilidades e atitudes; ou seja, desenvolvem competências específicas para um melhor cuidado. Surgiu em 1889, no hospital da universidade norte-americana Johns Hopkins, como uma forma de capacitação profissional para médicos, tendo chegado ao Brasil na década de 1940 com a criação do primeiro programa de residência médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Inicialmente, os programas eram chamados de internato, em vez de residência. Em 1948, no Rio de Janeiro, iniciou-se um programa de RM já com nome e formatos clássicos. O primeiro serviço de residência médica do Rio Grande do Norte teve início em 1968, como Curso de Especialização em Obstetrícia, na Maternidade Escola Januário Cicco.

Em virtude de sua característica fundamental de integração entre o saber da academia e o saber do serviço, os programas de residência constituem uma potente ferramenta para definir padrões de qualidade para a prática assistencial, uma vez que a atuação de tutores e preceptores, aliada ao interesse e à curiosidade natural dos jovens aprendizes, promove o questionamento e a discussão constantes das decisões e condutas clínicas mais adequadas, com base em evidências científicas.

Nos serviços que oferecem RM, existe uma inquietação dos preceptores, oriunda da falta de reconhecimento e valorização de seu trabalho pelo órgão ordenador de normas, direitos e deveres – a Comissão Nacional de Residência Médica – e até pelos próprios médicos residentes. Existe um silêncio velado, em razão da sobrecarga da assistência em condições adversas, do pouco tempo para discussão dos casos, da imobilidade de não termos quem nos escute e da percepção de que precisamos sobreviver e vamos tocando em frente.

Consciente do seu papel humano, em seu lugar social, na importante arte de formar médicos com concepção

holística, o preceptor não pode permanecer satisfeito com sua invisível valorização. Para entregarmos um médico especialista à sociedade, não bastam a teoria e a técnica; é preciso ensinar muito mais: o olhar, o afago, o silêncio, o sorriso, a morte, o luto. E a maioria destes ensinamentos não está descrita em livros-texto, mas, sim, na ciência da vida, à beira do leito ou na intimidade das salas de consulta. A postura do preceptor frente à vida, seu exemplo de dedicação, o trato com todos os que o rodeiam, suas posições de limites, sua escuta qualificada e a prática do acolhimento enobrecem o ensino e buscam um preparo mais humanístico na arte do cuidar.

Assim, apresentamos a visão, construída coletivamente, dos preceptores da residência médica do Rio Grande do Norte quanto às estratégias para valorização e capacitação docente do preceptor de RM.

A RESIDÊNCIA MÉDICA E A VALORIZAÇÃO DE SEUS PRECEPTORES

A residência médica é consagrada há mais de 60 anos como a melhor forma de inserção de profissionais médicos na vida profissional, uma especialização sob supervisão.

Os serviços que dispõem de residência médica e multiprofissional oferecem melhores oportunidades aos pós-graduandos de identificarem a prática do trabalho em equipe em prol de uma atenção efetiva à saúde de seus clientes.

Além dos ensinamentos técnicos, o preceptor ensina a prática humanizada de atuar. No entanto, há sobrecarga de trabalho em condições adversas, pouco tempo para discussão de casos, além de imobilidade frente às reivindicações dos preceptores, que necessitam de valorização como pessoas humanas e profissionais dedicados.

Um inquérito realizado durante o DCPPRM-RN, envolvendo 50 preceptores de residência médica do Estado, avaliou quais as estratégias necessárias à valorização do preceptor da residência médica do Rio Grande do Norte. Esse inquérito permitiu obter um perfil dos preceptores que atuam nos diversos serviços de residência médica no Estado. Deste total, predominou o sexo feminino (58%), idade média de 44 anos, tempo médio de formação em Medicina superior a 15 anos, tendo apenas quatro preceptores (8%) concluído o mestrado e sete (14%) o doutorado, sendo um deles (2%) pós-doutor. Tal fato é corroborado por outros estudiosos do tema.

Segundo Botti¹, não há homogeneidade em relação à prática da preceptoría médica, até por não haver uma preparação formal para esta prática. Impera em alguns preceptores a ideia de se portar como um “guia”, enxergando o aprendiz como uma “tábula rasa”, sem uma história anterior de conhecimentos adquiridos. É ressaltada a necessidade de “educadores de verdade”, com formação clínica, porém com bagagem pedagógica. Esse autor enfatiza que as habilidades motoras são adquiridas em etapas; assim, é preciso que o residente seja acompanhado pelo preceptor o tempo todo, principalmente no início da residência, e que observe o preceptor em ação.

O preceptor foi destacado também na formação moral do residente e na estimulação do desenvolvimento da consciência crítica. Segundo o Ministério do Planejamento e a Secretaria de Relações de Trabalho², a educação superior no Brasil não prima pela capacitação pedagógica do docente. Porém, com o advento da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional³, foi exigida uma preparação pedagógica para o exercício da docência, incluindo mudança curricular, adoção de metodologias de ensino-aprendizagem baseadas em problematização, inclusão do aluno na seleção de conteúdos e na busca de conhecimentos e preparo didático-pedagógico dos docentes, entre outros itens. Alguns autores relatam que isto depende muito do interesse do docente, pois a qualificação não é obrigatória.

O desenvolvimento de competências prioritárias – como organizar e dirigir situações de aprendizagem, administrar o progresso da aprendizagem, conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação, envolver os alunos em suas aprendizagens, trabalhar em equipe, utilizar novas tecnologias e administrar sua própria formação contínua – capacita o docente a atuar nos dias de hoje. Neste sentido, a função de preceptor de residência se aplica à atividade de docente, pois o preceptor é um docente sem ser nomeado para isso, e o estímulo ao desenvolvimento de competências faz parte da valorização da preceptoría⁴.

Constatou-se também que a maior parte dos preceptores (70%) era formada por técnicos de nível superior e apenas 16% eram docentes. Observou-se que 14% dos entrevistados possuíam os dois vínculos simultaneamente, o que favoreceu uma sobrecarga de trabalho variável de 32,6 horas semanais durante uma média de dez anos. Neste contexto, Missaka et al.⁵ estudaram o perfil

do preceptor em serviço público de urgência e emergência não universitário, bem como suas atribuições dentro e fora da instituição. Observaram que este profissional assumia vários empregos, que a atividade de preceptoría no serviço, muitas vezes, lhe foi imposta pelos superiores, não sendo remunerados pela atividade docente que exerciam. Além disso, desconheciam a prática pedagógica, não a exerciam com base em nenhum método e não havia integração com o corpo docente da universidade.

Em contrapartida, os alunos de graduação responderam que a figura do preceptor era fundamental em seu aprendizado, valorizando mais esta atividade do que a dos próprios docentes. Segundo eles:

não é qualquer médico que tem condições de exercer atividades de preceptoría e que, para ser um bom preceptor, o médico necessita antes do aprimoramento científico, estabelecer uma boa relação pedagógica com o aluno e uma relação ética com o paciente.

O preceptor foi tido como uma espécie de espelho no qual o aluno se inspira durante sua relação com os pacientes⁵. Esse mesmo autor fez uma revisão e análise de 102 trabalhos dos Congressos Brasileiros de Educação Médica de 2007 e 2008, referentes à preceptoría, quanto a conceito aplicado, atividade exercida, formação e capacitação. Observou que, quanto à valorização do preceptor, o tópico capacitação foi abordado em poucos trabalhos como sendo importante para a prática da preceptoría. Como os trabalhos não distinguiram preceptoría de internato e de residência médica, a conclusão abrangue os dois níveis de graduação⁶.

Segundo editorial da ABEM⁷, a valorização do preceptor é uma estratégia indispensável para a mínima qualificação dos programas de residência médica. Este define que o preceptor é um agente de extrema importância, que merece maior destaque no cenário da RM. A qualificação do preceptor por meio de capacitação pedagógica, por exemplo, se faz premente, assim como a diferenciação em termos financeiros para aquele que se dedica a essa atividade. O editorial sugere ainda que o reconhecimento da atividade como tendo valor curricular também contribuiria para a sua valorização. Ao final desse texto, a ABEM defende que a atividade do preceptor seja valorizada com processo de seleção, remuneração

adicional, capacitação específica e certificação pelo exercício da atividade.

Em nossa revisão de literatura identificamos alguns temas que se relacionam diretamente com a vida do preceptor: o processo ensino-aprendizagem em que a díade preceptor-aprendiz está inserida; o papel do preceptor na formação do profissional médico; o perfil deste preceptor; e os mecanismos de valorização utilizados pelas instituições para esta categoria. Em relação ao processo ensino-aprendizagem, o exercício da preceptoria exige do preceptor características como conhecimento, sensibilidade, bom senso e competência em relação à prática, ao processo de trabalho médico e às transformações do mundo do trabalho. Valente e Viana⁴ observaram que alguns serviços usam metodologias ativas de aprendizagem, porém tais modelos ainda não impactam de forma importante o processo de formação do profissional da saúde. Em relação ao papel desenvolvido por este profissional, o preceptor pode ser visto como “orientador, exemplo, supervisor, tutor, guia, pai, amigo, professor, moderador, facilitador, parceiro e educador”⁸ (p. 70). Esse mesmo estudo qualificou a presença deste profissional dentro do hospital com as seguintes palavras:

É grande a importância do preceptor como educador, oferecendo, ao aprendiz, ambientes que lhe permitam construir e reconstruir conhecimentos. O preceptor ensina realizando procedimentos técnicos e moderando a discussão de casos. Assume papel de docente-clínico, um profissional que domina a prática clínica e os aspectos educacionais relacionados a ela, transformando-a em ambiente e momento educacionais propícios. Identificando as oportunidades de aprendizagem e os cenários de exposição, o preceptor da residência médica funciona como uma vitrine de atributos técnicos e relacionais, proporcionando verdadeiras condições de desenvolvimento técnico e ético nos cenários reais de prática profissional⁸ (p. 65).

Um preceptor deve ser valorizado não apenas por repassar técnicas cirúrgicas avançadas, solicitar os mais novos e sofisticados exames ou prescrever o mais novo medicamento que às vezes ainda não chegou ao seu país. Sua postura frente à vida, seu exemplo de dedicação, o trato com aqueles que o rodeiam, suas posições de limites, sua escuta qualificada e a prática do acolhimento são aspectos que enobrecem o ensino e buscam um preparo

mais humanístico na arte do cuidar. A análise dos resultados mostrou que 19 entrevistados (38%) se consideravam valorizados em sua atuação como preceptor contra 16 (32%), que não se sentiam valorizados, ou 15 (30%), parcialmente valorizados. Logo, constatou-se que a maioria dos entrevistados estava insatisfeita pela falta de valorização do seu trabalho.

Quanto aos fatores que elevariam a valorização, 25 (50%) responderam que a melhoria salarial seria o fator predominante no reconhecimento do esforço como preceptor; 34 (68%) consideraram que o incentivo à educação permanente aumentaria o sentimento de valorização; 10 (20%) referiram que a diminuição de sua carga horária seria considerada fator de impacto positivo; 23 (46%) responderam que o reconhecimento dos colegas os motivaria em sua atuação como preceptor; 21 (42%) acreditavam que o reconhecimento de seu trabalho pelos residentes os faria sentir-se valorizados; e 11 (22%) opinaram que a flexibilização de sua carga horária influenciaria na valorização de seu trabalho. Em relação aos tópicos citados, percebe-se na literatura embasamento consonante, pois os mecanismos de valorização, regulamentados pelo Ministério da Educação, não estão contemplados na legislação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) de forma a valorizar a preceptoria médica no Brasil. Em 2011, foi aberta uma discussão no Ministério do Planejamento sobre a carreira de magistério superior federal, na qual se cogitava uma “gratificação por encargo de atividade de preceptoria”⁹.

Porém, em nenhum ponto da discussão se falava da atividade de preceptor propriamente dita, havendo uma clara distinção entre “ser docente” e fazer preceptoria e “ser técnico de nível superior em ensino em serviço” e fazer preceptoria. Percebe-se, portanto, que o preceptor assume vários papéis, porém estes não são valorizados. Encontram-se referências a orientador, tutor, supervisor e mentor. Ele planeja, controla, guia; estimula o raciocínio e a postura ativa; analisa o desempenho; aconselha e cuida do crescimento profissional e pessoal; observa e avalia o residente executando suas atividades; atua na formação moral. Cabe ressaltar a importância do preceptor como educador, oferecendo, ao aprendiz, ambientes que lhe permitam construir e reconstruir conhecimentos. Para isso, assume papel de docente-clínico, profissional que domina a prática clínica, transformando-a em ambiente e momento educacionais propícios.

Portanto, segundo uma visão construída coletivamente, é necessário, enquanto preceptores, discutir a qualidade da presença e da prática clínica nos serviços, as exigências de atualização em um mundo onde a informação circula rapidamente e obrigações administrativas, cada vez mais, sobrecarregam preceptores em hospitais, onde os recursos humanos são exíguos. É inegável a necessidade de valorizar o preceptor sob todos os aspectos abordados, tendo como base fundamental a atualização pedagógica contínua para o exercício da função⁸.

A CAPACITAÇÃO PEDAGÓGICA DO PRECEPTOR DE RESIDÊNCIA MÉDICA: IMPORTÂNCIA DAS METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

O conhecimento se modifica de forma muito veloz, e o estudante deve receber uma formação permanente que o torne apto a “aprender a aprender”. Nesta perspectiva, a educação médica brasileira vem sofrendo transformações graças ao uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, visando formar médicos capazes de abordar criticamente e resolver de forma mais adequada os problemas de saúde do indivíduo e da comunidade. Identificam-se duas propostas de ensino com abordagem problematizadora: a Pedagogia da Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)^{10,11}.

Considerando que o ensino deve estar vinculado à prática desde o início do curso, a problematização se destaca como uma estratégia de ensino-aprendizagem que objetiva motivar o discente, pois este se detém diante do problema, examina, reflete, relaciona-o à sua vivência e passa a ressignificar suas descobertas. Ainda mais, estimula o espírito crítico, reflexivo, a capacidade de autoavaliação, cooperação para o trabalho em equipe, o senso de responsabilidade, ética e sensibilidade na assistência, atributos fundamentais à prática médica. Da mesma forma, estabelece o respeito mútuo entre professor e aluno, favorecendo a superação dos hiatos de aprendizagem. No processo de avaliação, não se objetiva apenas a verificação de conteúdos acumulados pelo aluno, mas se leva em conta a criatividade, autonomia, capacidade de organização, participação, relacionamento com o grupo e comunicação do aluno. A autoavaliação e o momento do diálogo abrem espaço para uma singular reflexão sobre a relação docente-discente¹². Orienta-se a

utilização de um diagrama denominado “Método do Arco”, de Charles Maguerez¹³, para representar o ensino baseado na problematização. Este diagrama é constituído pelos seguintes movimentos: observação da realidade, em que o aluno observa o problema; pontos-chave, pontos essenciais à compreensão do problema; teorização por meio da análise das informações pesquisadas; hipóteses de solução e suas aplicações à realidade.

Na ABP, os estudantes são divididos em pequenos grupos e lidam com problemas previamente elaborados, que serão analisados usando-se inicialmente os conhecimentos prévios dos alunos, com supervisão de um tutor. Eles vão construindo seu próprio conhecimento e aprendendo a trabalhar em grupo. O tutor assume um papel de facilitador, estimulando o processo e a reflexão sobre ele. Os alunos, sempre sob supervisão, constroem trajetos de aprendizagem até a elaboração das sínteses e a produção do novo conhecimento. São aspectos importantes da ABP: aprendizagem significativa; indissociabilidade entre teoria e prática; respeito à autonomia do estudante; trabalho em pequenos grupos; educação permanente e avaliação formativa, que considera todos os aspectos do processo educacional, incluindo programa, docentes, gerentes, estudantes, resultados, materiais e mudanças. Esse processo se consolida numa reflexão contínua sobre a prática.

Emprego de metodologias ativas nas residências

Na literatura brasileira relativa à educação de profissionais da saúde, ainda se observa uma carência de estudos sobre o emprego sistematizado de metodologias ativas na residência médica, sendo a maioria dos achados proveniente de experiências com o ensino de graduação. As experiências analisadas relatam o uso da metodologia ativa de ensino-aprendizagem, com destaque para o papel de tutoria exercido por profissionais do serviço que estão em contato contínuo com os residentes, compartilhando experiências na prática em saúde e também exercendo atividades essencialmente docentes, como avaliação.

Visão dos estudantes sobre as metodologias ativas

Em um trabalho realizado no Centro Universitário de Serra dos Órgãos (Unifeso), em Teresópolis, 29 estudantes

do terceiro ano do curso de Medicina foram submetidos a uma entrevista para avaliação do uso da metodologia ativa (PBL) que havia sido implantada no novo currículo, em 2005. Os alunos descreveram a metodologia como estimulante, porém observaram a necessidade de melhor organização do modelo tutorial baseado na solução de problemas. O novo currículo possibilitou um ensino centrado nos estudantes, no qual eles tiveram a oportunidade de construir o próprio conhecimento, não dissociando a teoria da prática. Observou-se ainda que eles se aproximaram do referencial do trabalho em equipe, uma vez que lhe atribuíram significados de complementaridade, interdependência, disposição para compartilhar objetivos, decisões e responsabilidades, aprimoramento das relações interpessoais e valorização da comunicação¹⁴.

Ainda na linha de pesquisa de avaliação qualitativa, uma universidade em Marília (SP) realizou um trabalho que incluiu, além dos egressos do curso médico, os gestores e pacientes. As conclusões foram de que o curso proporcionou uma formação humanista, na visão dos egressos, e promoveu o aprender a aprender, a valorização do trabalho em equipe e a integração entre teoria e prática. Na visão dos gestores, os egressos foram além do foco da doença, e os pacientes os qualificaram como cuidadosos e respeitosos¹⁵.

Assim, pode-se considerar que a adoção de metodologias propostas pela educação inovadora reforça a ação coletiva e participativa, elementos essenciais à implantação de mudanças no ensino.

Desafios e dificuldades para implantação das metodologias ativas

Um dos primeiros desafios é a mudança do método propriamente dito. Comumente, professores/tutores provêm de escolas tradicionais, acreditando ser esta a única forma de ensino médico. É importante estar aberto a estas novas metodologias, “gastar” o tempo aprendendo e assimilando suas nuances, mantendo os passos, a dinâmica do grupo, aceitando as “outras verdades” que os discentes/residentes trazem consigo e sabendo como ajudar a superar os obstáculos nesta “catarse intelectual”, em que o papel do tutor é tão importante.

No trabalho realizado no curso de Medicina da Universidade de Marília¹⁵, um sentido atribuído como limite pelos egressos foi o papel do tutor. Neste aspecto, des-

tacaram a importância da qualificação do tutor quanto ao conhecimento técnico, bem como ao domínio da função de facilitador. Um tutor mal preparado pode trazer prejuízos ao trabalho no grupo de tutoria quando o problema proposto não for devidamente explorado. Ademais, a dificuldade de integração entre os centros formadores, entre o básico e o clínico, entre teoria e prática foi elencada como fator limitante. A avaliação foi considerada deficiente e inadequada, por se mostrar ainda como um processo imaturo e não sistemático.

Outro trabalho também desenvolvido pela Famema¹⁶, em 2010, objetivou avaliar os resultados de uma experiência de pós-graduação multiprofissional em saúde ancorada em metodologias ativas. Os egressos consideraram limitantes fatores relacionados ao próprio curso e também ao cotidiano dos serviços de saúde. Foram citados os seguintes aspectos limitantes para uma prática profissional em conformidade com as necessidades do SUS: dificuldades de implementar ações voltadas à coletividade; excesso de demanda; solicitação de cuidados voltados à resolução da queixa principal, dificultando o atendimento ampliado e voltado para a promoção à saúde; e questões ligadas à gestão e organização dos serviços de saúde.

COMENTÁRIOS E REFLEXÕES FINAIS

Com base na revisão da literatura sobre o tema valorização do preceptor de residência médica nas instituições de ensino do País e na apuração dos dados obtidos na pesquisa realizada com os preceptores dos diversos serviços que acolhem residentes médicos no Estado do Rio Grande do Norte, pode-se concluir que a atividade da preceptoria é de suma importância na formação técnica dos residentes, contribuindo, sobremaneira, para a melhoria das competências necessárias à execução da prática médica nas diversas especialidades. No entanto, o reconhecimento deste trabalho requer um olhar mais cuidadoso no que diz respeito à valorização deste profissional, com relação tanto à sua capacitação, como à motivação da classe.

A capacitação em aspectos pedagógicos se mostra um fator relevante para o fortalecimento da parceria das atividades de ensino com a unidade de saúde e da atuação dos profissionais como preceptores dos alunos, melhorando o atendimento e a qualificação dos profissio-

nais, além de representar um reforço para a valorização do preceptor. É preciso, portanto, que o preceptor entenda que o processo ensino-aprendizagem extrapola a simples transmissão de conhecimentos e passe a adotar, em sua faina diária, metodologias pedagógicas modernas, visando ao incremento do processo de aprendizagem e à motivação do residente. Percebe-se que a função do preceptor não conflita com a do docente, uma vez que cabe a este último aprofundar as discussões no contexto mais acadêmico, e o primeiro é considerado, não raras vezes, um modelo de profissional a ser seguido pelo aluno. Assim, o papel deste ator se reveste de grande responsabilidade.

Outros aspectos relevantes são o aprendizado do trabalho em equipe, o envolvimento com outras categorias profissionais e a busca do próprio conhecimento. Nos trabalhos avaliados, a maioria relatou o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na graduação médica, com pouca ênfase nos cursos de residências médicas.

As limitações do método apontadas envolveram, especialmente, o papel do tutor quanto à qualificação técnica e ao domínio da função tutorial. Também foi dado destaque ao descompasso entre os profissionais formados na lógica da problematização e aprendizagem baseada em problemas e a realidade dos serviços que compõem o SUS.

As metodologias ativas representam um processo positivo na formação do profissional médico, devendo, portanto, ser destacadas nos processos de capacitação pedagógica tanto para docentes quanto para preceptores. Tais métodos favorecem um atendimento mais qualificado, tornando possível uma visão ampliada e contextualizada da realidade, uma articulação entre teoria e prática, além do desenvolvimento da capacidade de conviver com e respeitar os diferentes saberes necessários ao cuidado integral.

REFERÊNCIAS

1. Botti SHO. Principais atributos de um preceptor de Residência Médica. Manual do Preceptor de Residência Médica. Conselho Regional de Medicina do Paraná. 2011; 78 p.
2. Brasil. Ministério do Planejamento. Secretaria de Relações de Trabalho. Proposta – Plano de Carreira e Cargo do Magistério Superior Federal. Brasília: Ministério do Planejamento; 2011.
3. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União. Brasília. 1996; dez. 23. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm.
4. Valente GSC, Viana LO. O ensino de nível superior no Brasil e as competências docentes: um olhar reflexivo sobre esta prática. Praxis Educacional. 2010; 6(9):209-226.
5. Missaka H. A Prática Pedagógica dos Preceptores do Internato em Emergência e Medicina Intensiva de um Serviço Público Não Universitário. Rio de Janeiro; 2010. Mestrado [Dissertação] - Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
6. Missaka H, Ribeiro VMB. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica. Rev Bras Educ Méd. 2011; 35(3):303-310.
7. Associação Brasileira de Educação Médica. Residência Médica: porque e como mudar. Boletim da ABEM. 2006; (10). Disponível em: http://www.abem-educmed.org.br/boletim_virtual/volume_10/texto_residencia.pdf.
8. Botti SHO, Rego STA. Docente Clínico: o complexo papel. Physis Rev Saúde Coletiva. 2011; 21(1): 65-85
9. Brasil. Dispõe sobre a estruturação do Plano de Carreira e Cargo de Magistério Superior Federal; a criação da Gratificação de Encargos de Atividade de Preceptoria – GAP e da Gratificação de Atividade de Coordenação de Cursos – GCC; e dá outras providências. Brasília; 2011.
10. Gomes R, Francisco AM, Tonhom SFR, Costa MCG, Hamamoto CG, Pinheiro OL, Moreira HM, Hafner MLMB. A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: uma avaliação qualitativa. Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2009; 13(28):71-83.
11. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 1998; [citado 2009 dez 03]; 2(2): [aprox.16 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08>.
12. Botti SHO. O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Rio de Janeiro; 2009. Doutorado [Tese] – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
13. Bordenave JD, Pereira AMP. Estratégias de ensino-aprendizagem. 25 ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2004.
14. Costa JRB, Romano VF, Costa RR, Vitorino RR, Alves LA, Gomes AP, Siqueira-Baptista R. Formação médica na estratégia de saúde da família: percepções discentes. Rev. Bras. Educ. Med. 2012; 36(3):387-400.
15. Marin MJS, Gomes R, Marvulo MML, Primo EM, Barbosa PMK, Druzian S. Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2010; 14(33):331-344.
16. Moraes MAA, Manzini EJ. Concepções sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas: um Estudo de Caso na Famema. Rev. Bras. Educ. Med. 2006; 30(3):125-135.



Universidade Federal de Roraima

Desafios da Preceptoría na Residência Médico Lado de Cima do Equador: Experiência em Roraima.

Desafios da Preceptorial na Residência Médica no Lado de Cima do Equador: Experiência em Roraima

Gláucia de Oliveira^I / Denise Moreth^I / Altamir Ribeiro^I / Cassandra Loureiro^I / Hugo Alberto Sayan^I / Jeovane Soares^I / Jordania de Souza^I / Marcia Marques^I / Marenny Damasceno^I / Maria Catia^I / Maria Soledade^I / Rutiene Maria Mesquita^I / Stella Maris Martins^I / Tao Machado^I / Valeria Cristina Nascimento^I / Amon Machado^I / Bruno Leitão^I / Cristiane Greca^I / Debora Maia^I / Gustavo Ubirajara^I / Ida Perea^I / Jucineide Vieira^I / Daniela Pimenta^{II} / Maria Viviane Vasconcelos^{II} / Mauro Asato^{II} / Regina Helena Mennin^{III} / Lia Márcia Cruz da Silveira^{IV}

Palavras-chave: Residência Médica. Preceptorial. Formação Médica. Desenvolvimento Pedagógico.

RESUMO

Enfoca-se o desenvolvimento do programa de residência médica em Roraima desde sua implementação até a fase atual de desenvolvimento pedagógico dos médicos preceptores. Trata-se de uma análise documental dos arquivos da Comissão de Residência Médica local e do Conselho Nacional de Residência Médica, e de depoimentos dos médicos especialistas que colaboraram no curso de graduação da Universidade Federal de Roraima e na implantação e desenvolvimento dos programas de residência médica. São apresentadas as reflexões dos preceptores sobre as suas vivências e um diálogo com a literatura.

Residência Médica em Roraima

O Estado de Roraima – que significa “serra verde” no idioma indígena Yanomâmi –, cortado pela Linha do

Equador, está situado na Região Norte do Brasil, entre a Venezuela e a República Cooperativista da Guiana, e faz limite com os Estados do Pará e Amazonas. É composto por 15 municípios, possui uma população total de 450.479^I habitantes e sua capital é Boa Vista.

A formação do médico no Estado é realizada na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Roraima, criada em 1994 e que há sete anos vem implementando um currículo com características metodológicas inovadoras, o *problem based learning* (PBL).

A implantação do primeiro programa de residência médica no Estado ocorreu em 2004 no Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA). Devido à carência local de médicos pediatras, em 2003 foi enviado à Comissão Nacional de Residência Médica um projeto para implantação de residência em Pediatria Geral, elaborado pela pediatra Stella Maris Seixas Martins e pelo cirurgião pediátrico Antonio Carlos Sansevero Martins, ambos professores da Universidade Federal de Roraima (UFRR). A implantação

I Preceptores de Residência Médica do Estado de Roraima.

II Tutores do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptorial da Residência Médica.

III Orientadora de Aprendizagem do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptorial da Residência Médica.

IV Supervisora do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptorial da Residência Médica.

contou com o apoio do corpo clínico do HCSA e do secretário de Saúde do município, que assumiu o pagamento das bolsas. Desse modo, a história da residência médica em Pediatria no Estado se funde em grande parte com a história do Hospital da Criança Santo Antônio. Desde então, a residência em Pediatria vem se mantendo com a cooperação dos médicos do corpo clínico do HCSA e com o apoio da UFRR. Nesse percurso, vários médicos migraram e outros foram sendo agregados ao hospital, como os egressos da residência de Pediatria que retornaram para integrar a equipe de preceptores.

Entendendo que os programas de residência médica são alternativas viáveis para a formação e fixação local de profissionais especialistas, médicos de outras áreas de atuação também foram pioneiros nessa iniciativa para implementação do programa em Cirurgia Geral no Hospital Geral de Roraima e do programa de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré, ambos em 2005, e do programa de residência em Clínica Médica, em 2007.

Em 2008, o Hospital Geral de Roraima iniciou um processo de expansão dos programas de residência médica com pedido de credenciamento provisório para o programa de Infectologia. Em 2009, o Pró-Residência aumentou o número de vagas dos programas de Clínica Médica e Cirurgia Geral e criou, em 2010, os programas de Ortopedia e uma área de atuação em Medicina de Urgência e Videolaparoscopia. Em 2011, foi solicitado credenciamento provisório para o programa de residência médica em Anestesiologia e Medicina Intensiva, totalizando 22 vagas anuais de residência médica, sendo 20 de acesso direto e duas com pré-requisito nesta unidade hospitalar, e 36 vagas no Estado de Roraima. Em 2011, também foi implantado o programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade, vinculado à Coreme do HCSA. Atualmente, vem se trabalhando para a implantação do programa de residência com área de atuação em Neonatologia.

Enfatiza-se neste processo a participação dos gestores e dos avaliadores da CNRM, que possibilitaram a implantação dos programas e, atualmente, o Pró-Residência/MS, contribuindo com o financiamento de 60% das bolsas.

Cursar um programa de residência médica é um diferencial na vida dos egressos, com a possibilidade de melhor remuneração e, principalmente, no aprimoramento do cuidado da saúde da população.

As transformações na formação do médico na graduação e pós-graduação acontecem paulatinamente e acompanham o crescimento da população roraimense, suas novas necessidades e demandas.

Nessa permanente evolução, estamos construindo e criando alternativas para os velhos e novos problemas e demandas surgidas da necessidade da construção da identidade dos colegas de profissão que ocupam a função de supervisionar os médicos residentes.

Os desafios da preceptorial da residência médica

Com vistas a contribuir com a formação do médico residente, em 2011, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), por meio do Projeto de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptorial na Residência Médica, constituiu Centros Colaboradores em vários Estados, sendo a Universidade Federal de Roraima um deles. Neste curso houve a inscrição local de 29 preceptores entre médicos da rede e docentes, que participaram dos dois presenciais e do ambiente virtual de aprendizagem (AVA).

Durante o primeiro presencial do curso, em julho de 2012, o grupo de preceptores refletiu por meio de perguntas-base sobre a questão *preceptorial* e escreveu coletivamente duas análises baseadas em suas vivências e fundamentadas na bibliografia. Posteriormente, o grupo manteve a comunicação através do AVA, com troca de informações durante a busca na literatura.

Uma questão com referência ao preceptor debatida pelo grupo foi: *Como regulamentar a função do preceptor em termos de rotina técnica, vínculo e planejamento educacional?*

A função de supervisão exercida pelo preceptor durante a formação profissional do médico residente, apesar de assumir papel vital na pós-graduação *sensu lato*, configura-se como um aspecto pouco discutido e investigado na educação médica. O ato de *supervisionar* é uma atividade complexa, ocorrendo em uma variedade de cenários ou contextos, e tem várias definições, funções e formas de realização. Na área médica, foram sugeridas várias denominações para o termo *supervisão* exercida pelo preceptor, como monitoramento, guia e *feedback* em matéria de desenvolvimento pessoal, profissional e educacional no contexto de cuidados médicos aos pacientes.

Local de atuação, funções e requisitos principais que diferenciam preceptores, mentores, supervisores e tutores foram delineados por Missaka e Ribeiro². Os autores ressaltaram que os preceptores devem ensinar a clinicar, por meio de instruções formais (conteúdo das rotinas técnicas ou evidências científicas) e com determinados objetivos e metas integrando os conceitos e valores da escola e do trabalho. Devem avaliar e ter competência clínica, técnica e pedagógica, ainda que não sejam capacitados para isso, uma vez que a maioria dos preceptores tem a formação médica não voltada para o ensino.

As concepções sobre o papel do preceptor como professor reflexivo intelectual e crítico, assim como técnico, não são estanques nem distantes entre si, mas complementares, trazendo todo um potencial para a prática docente³.

No exercício da prática educativa do preceptor, o objetivo é estimular nos educandos uma formação crítica com vistas a buscar o próprio conhecimento por meio de uma formação consistente e enriquecedora. Nesse caso, cabe aos formadores da preceptoria investigar qual a contribuição que os saberes pedagógicos podem oferecer nessa formação e buscá-los ativamente.

Em relação à preceptoria e ao preceptor, a literatura mostra vários atributos definidos, mas a supervisão e sua regulamentação não têm sido objeto de estudo frequente. O principal relato da profissionalização da preceptoria, de Contreras³, se reporta às qualidades da prática profissional dos professores em função do que requer o trabalho educativo. Dessa forma, a profissionalidade não consiste apenas em ensinar, mas engloba todos os valores e pretensões que o preceptor deseja alcançar na profissão. Para que ocorra um entendimento sobre a profissionalidade do preceptor, é necessário que se entenda o conceito de prática educativa para adultos de forma ampla e não apenas delimitada pela prática didática dos professores⁴. A educação envolve outras esferas de determinações políticas, econômicas ou culturais, e isso faz com que os preceptores não tenham domínio total sobre a prática. Portanto, assim como a constituição da profissionalização de professores não é um fenômeno simples, a constituição da identidade dos preceptores também apresenta certas particularidades e configura-se como um fenômeno complexo.

A identidade do preceptor não pode ser considerada um dado imutável nem externo que possa ser adquirido,

mas é um processo de construção do sujeito historicamente situado⁵. A profissão de professor, assim como as demais, emerge num dado momento em contexto histórico como resposta às necessidades postas pelas sociedades, adquirindo estatuto próprio e legalidade.

Os termos preceptor/preceptoria foram identificados em 176 trabalhos em nosso país entre os anos de 2007 e 2009. Destes, 34 em 2007, 68 em 2008, e 74 em 2009². A preceptoria é discutida em 84% dos eixos temáticos dos congressos, deixando de ser citada apenas nos eixos: gestão da escola médica e de hospitais universitários, ética e extensão universitária. Nos congressos brasileiros de educação médica, vários estudos chamam atenção para a necessidade de capacitação, valorização da atividade e normatização.

Em outro estudo de abordagem qualitativa realizado com os 29 preceptores do curso, observou-se que os treinamentos e espaços para reflexão e discussão acerca das estratégias de preceptoria podem incentivar e provocar a mudança de comportamento, promovendo um processo de envolvimento, enriquecimento e reflexão crítica⁶. Os preceptores tendem a repetir os padrões de ensino a que foram submetidos, de forma mecânica. Portanto, um espaço para a troca de experiências com colegas que também vinham repetindo padrões poderia levar a uma prática diferente mais reflexiva e inclusiva, graças ao maior envolvimento e compreensão acerca do papel de preceptor.

A ideia de maior aproximação e relacionamentos mais cooperativos entre os membros da equipe aparece como cerne fundamental da mudança e da melhoria, com a promoção do bem-estar neste espaço de ensino-aprendizagem.

A maioria dos profissionais da rede pública de atendimento não recebe apoio institucional de formação para o adequado acompanhamento aos residentes, visto que não possui treinamento nem estímulos para isso⁷. Os preceptores precisam ser capacitados e ter tempo disponível para a preceptoria, e para isso é necessário estruturar a função de preceptor por meio do desenvolvimento de programas metodológicos de ensino⁸.

Os profissionais médicos e os gestores devem se comprometer com a formação continuada e o apoio pedagógico, assumindo o compromisso de organizar o trabalho de maneira a promover a prática colaborativa, o que seria importante fator motivacional para o trabalho, principalmente nos locais com falta de pessoal⁹.

Chung et al.¹⁰, em uma pesquisa que investigou os fatores de satisfação e insatisfação entre docentes que atuam em salas de aulas e na prática clínica, observaram que os profissionais com maior grau de insatisfação eram os que orientavam diretamente a prática clínica nos hospitais (preceptores). Os principais motivos relatados foram falta de um programa de carreira ou de promoção (valorização profissional) e falta de orientação pedagógica. Outro problema citado foi a ausência de liderança dentro dos departamentos, sem uma organização para o trabalho em equipe colaborativo e respeitando a autonomia individual.

Em tese, as escolas médicas brasileiras deveriam ter profissionais qualificados e capacitados para exercer a tutela dos graduandos e médicos residentes, conforme dispõe a Resolução do Conselho Nacional de Residência Médica nº 005/2004, de 08 de junho de 2004, no Art. 2º, que estabelece que o preceptor/tutor terá a atribuição de orientar diretamente os médicos residentes do programa de treinamento.

Notadamente, pouco se tem escrito sobre o assunto, logo, não há regulamentação geral a respeito, apenas experiências individuais de serviços. Em muitos dos artigos pesquisados, observam-se referências ao pouco material disponível para pesquisa sobre esses assuntos. Vários deles citam a figura do preceptor, mas não há ainda a regulamentação da preceptorial como carreira docente. Esse fato ocorre em nossa região, em que não ocorre vínculo empregatício para o preceptor. Nos hospitais locais, atividades relacionadas ao ensino e à pesquisa fazem parte do regimento do corpo clínico, mas esse fato não é enfatizado ou lembrado no momento de contratar novos colaboradores.

Conclui-se que atualmente conta-se apenas com a boa vontade de profissionais, em nível nacional, que se dedicam, durante seu horário de trabalho diário, sem redução do número de atendimentos no momento de ensino ou liberação de carga horária para esse fim, a exercer o juramento que fizeram ao receberem o diploma de médico: “ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la...”.

As transformações mais recentes das bases filosóficas, metodológicas e organizacionais da educação e do sistema de saúde brasileiros repercutiram nas instituições de ensino médico e demais áreas da saúde, provocando novos desafios aos modos de organização do trabalho em saúde e, consequentemente, exigências a respeito do novo perfil dos profissionais².

Levando-se em conta que o tema “sensibilização de preceptores para a formação de residentes” é pouco discutido em textos científicos encontrados na literatura, ressaltam-se os principais obstáculos para o estímulo de profissionais médicos para a atuação como preceptores, o que deverá ser o ponto de partida para encontrarmos caminhos para solucionar esses entraves.

Como sensibilizar os médicos para o exercício da preceptorial de modo a garantir uma boa formação aos residentes?

Apresentamos algumas propostas para sensibilizar e estimular médicos para o exercício da preceptorial de modo a garantir uma boa formação aos residentes.

Convidar o corpo clínico dos hospitais com residência médica para participar de seleção e capacitação de preceptores

Apresentar a importância da presença do preceptor no ensino dos residentes e a grande relevância da contribuição de todos para um atendimento de qualidade para a população por meio de palestras nos diversos serviços médicos, incluindo a participação de outros colegas.

Criar critérios para seleção de preceptores, tendo em vista que: “Segundo regras em vigor, que certamente precisam ser melhoradas, o preceptor deve ter, no mínimo, certificado de conclusão de residência médica reconhecido na área em que atua ou título de especialista pela AMB”¹¹ (p. 37).

Estabelecer a figura de um coordenador e supervisor de cada programa de residência médica.

Segundo as regras em vigor, os supervisores de programas de residência médica derivam do conjunto de preceptores, e são eles que têm a responsabilidade de que tudo se faça de forma correta e segura no âmbito de um PRM. Exercem a ampla tarefa de planejar e executar, devendo ser médicos com autoridade e responsabilidade sobre o PRM. Preferencialmente devem possuir qualificação diferenciada em educação médica e noções de gestão para melhor execução das tarefas. Precisam de tempo protegido e dedicado para capacitação e exercício da função, devem ser também certificados, reconhecidos e remunerados¹¹.

Oferecer condições com regularidade para estimular a formação profissional dos preceptores por meio de congressos, pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado, cursos de aperfeiçoamento).

Criar o cargo de preceptor e sua devida remuneração

Instituir a categoria de preceptor em residência médica pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e pelo MEC.

Regulamentar o cargo de preceptor com especificação de função, carga horária e remuneração.

Implantar melhorias na infraestrutura

Criar um plano de investimento para as unidades com programas de residências médicas (PRM).

Cadastrar os hospitais da rede pública com residência médica como hospitais-escola.

Promover a acessibilidade a periódicos, sites, congressos

Criar endereços eletrônicos para grupos de discussão; acesso à biblioteca e a periódicos através da UFRR/Capes/ABEM.

Possibilitar a utilização da instalação da rede de telemedicina, para reflexões temáticas, discussão de casos e solicitação de segunda opinião formativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando o profissional opta por *ser preceptor* já existe uma motivação interna, que necessita apenas de iniciativas simples para conduzir ou facilitar o aprendizado de um adulto e despertar o desejo de doar o melhor de si, tanto pedagógica como tecnicamente. Contribuir para melhorar a qualidade da assistência prestada no serviço público e saber que bons profissionais levam impressa “a marca” do preceptor são motivações internas que não verbalizamos, mas que nos motivam a persistir apesar de tudo.

Por outro lado, existem bons profissionais médicos, organizados, acadêmicos na sua atividade, com conhecimento específico evidente, que não se envolvem com a

residência médica. E são esses, mais que os outros, que precisam ser sensibilizados.

Reivindicar incentivos financeiros, bolsas e outros benefícios para a carreira de preceptor é uma iniciativa necessária para que a função exista de direito, mas, para que isto aconteça, precisamos nos mobilizar enquanto grupo de maneira coesa. Perceber a existência de um grupo disposto a colaborar e assumir de direito a função de *preceptor* e ser reconhecido como tal pelos seus pares e residentes. O efeito psicológico destas iniciativas tem muita influência no processo.

O ideal que precisa ser alcançado pode se originar nos movimentos internos de cada programa e/ou instituição, de sua organização enquanto grupo, aliados à participação dos órgãos superiores, o que facilitará a formação de um grupo maior de preceptores com vistas a mudanças para melhor na realidade da saúde da população local.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estados@. Roraima. População 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rrl>.
2. Missaka H, Ribeiro VMB. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos Congressos Brasileiros de Educação Médica 2007-2009. *Rev Bras Educ Méd*. 2011;35(3):303-310.
3. Contreras DJ. A autonomia dos professores. São Paulo: Cortez; 2002.
4. Gimeno SJ. La pedagogía por objetivos: obsesión por la eficiencia. In: Contreras DJ. A autonomia dos professores. São Paulo: Cortez; 2002.
5. Pimenta SG. Professor reflexivo: construindo uma crítica. In: Pimenta SG, Ghedin E (orgs.). Professor reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito. 1. ed. São Paulo: Cortez; 2002.
6. Myrick F, Luhanga F, Billay D, Foley V, Yonge O. Putting the Evidence into Preceptor Preparation. *Nurs Res Pract*. 2012; 2012.
7. Trajman A, Assunção N, Venturini M, Tobias D, Toschi W, Brant V. A Preceptoria na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de saúde. *Rev Bras Educ Méd*. 2009;33(1):24-32.
8. Kilminster SM, Folly BC. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Medical Education*. 2000;34:827-840.
9. Paré L, Maziade J, Peletier F, Houle N, Lioko-Fundi M. Training in inter-professional collaboration: pedagogic innovation in family medicine units. *Canadian Fam Phys*. 2012; 58(4):e203-9.
10. Chung KC, Song JW, Kim HM, Woolliscroft JO, Quint EH. Predictors of job satisfaction among Academic Faculty: Do instructional and clinical faculty differ? *Med Educ*. 2010; 44(10):985-995.
11. Nunes MP, Michel JLM, Haddad AE, Brenelli SL, Oliveira RAB. A Residência Médica, a Preceptoria, a Supervisão e a Coordenação. *Cadernos ABEM*. 2011; 7:35-40.



Universidade Federal do Tocantins

Estratégias para melhorar a logística e a formação do preceptor de Residência Médica.

Estratégias para Melhorar a Logística e a Formação do Preceptor de Residência Médica

Adriana Edelves Trindade Martins Carvalho^I / Ana Mackartney de Souza Marinho^I / Andrea Silva do Amaral^{II} / Ediane Figueira Aguiar Cótica^I / Erika Gonçalves Afonso Maués^I / Gecilda Régia Ramalho Vale Cavalcante^I / Helio Hermenegildo Marques Maués^I / Henrique Barsanulfo Furtado^I / Itágores Hoffman^I / Lopes Sousa Coutinho^I / Itágores Hoffman II Lopes Sousa Coutinho^I / Ivani Mendes de Oliveira Alves^I / Larissa Nascimento Marques^I / Luciana Martins dos Reis^I / Luciano de Castro Teixeira^I / Mabel Coelho Portela de Melo^I / Maria Regina Pinto Komka^I / Mauricio Thomas Kawai Costa^I / Michelle de Jesus Pantoja Filgueira^I / Miriam Goreth Kzan Pereira Macedo^I / Nadja Duarte Oliveira de Sousa Chiavini^I / Olívia Maria Veloso Costa Coutinho^I / Patricia Bastos Amorim^I / Pedro Manuel Gonzalez Cuellar^I / Rita de Cássia Vieira Coutinho Mendes^I / Valdir Francisco Odorizzi^I / Rebeca Garcia de Paula^{II} / Edson Arpini Miguel^{II} / Paulo Marcondes Carvalho Júnior^{III} / Denise Herdy Afonso^{IV} / Leonardo Baldaçara^V

Palavras-chave: Estratégias. Logística. Residência Médica. Preceptoría.

RESUMO

A preceptoría na residência médica tem sido alvo de discussão e investimento em nosso país, sendo a formação do preceptor e sua logística um dos pontos-chave, necessitando-se refletir sobre estratégias para isso, o que envolve um processo não somente educacional, mas também político. São sugeridas cinco fases para a construção de uma política de Estado para a residência médica. Esta é uma produção dos preceptores que participaram do Curso de Preceptoría promovido pela ABEM em 2012, em Tocantins, a unidade federativa brasileira mais

nova, onde seus programas de residência médica se iniciaram somente em 2010.

INTRODUÇÃO

A Universidade Federal do Tocantins (UFT), por intermédio de seu curso de Medicina, foi convidada a participar, como um dos 12 Centros Colaboradores, do Curso de Desenvolvimento de Competências Pedagógicas para a Prática da Preceptoría na Residência Médica (DCPPPRM), promovido pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), em parceria com a Secretaria

I Preceptores de Residência Médica do Estado do Tocantins.

II Tutores do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría da Residência Médica.

III Orientador de Aprendizagem do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría da Residência Médica.

IV Supervisora do Curso ABEM de Desenvolvimento de Competência Pedagógica para a Prática da Preceptoría da Residência Médica.

V Presidente da Comissão Estadual de Residência Médica-TO.

de Gestão do Trabalho em Saúde (SGETS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), cujos preceptores participantes em Tocantins, em 2012, produziram este texto.

A residência é o momento da formação médica que abarca o desenvolvimento de atributos técnicos e relacionais, quando preceptor e residente realizam um processo educacional em sua ação diária como médico, educador e aprendiz.

O preceptor é o profissional que atua no ambiente de formação e cuidado em saúde, na prática clínica, com o objetivo de auxiliar o progresso do residente. Ele planeja, controla, guia; estimula o raciocínio e a postura ativa; analisa o desempenho; aconselha e cuida do crescimento profissional e pessoal; observa e avalia o residente executando suas atividades; atua na formação moral. Sua importância é ímpar como educador, pois oferece ao aprendiz ambientes que lhe permitem construir e reconstruir conhecimentos, despertando o interesse pela busca de atualização constante e educação continuada, impulsionando o meio científico.

Para isso, o preceptor deve possuir certas qualidades, tais como responsabilidade, assiduidade, comprometimento, disponibilidade, entusiasmo, pontualidade, relacionamento, acessibilidade, flexibilidade, conhecimento, sensibilidade, bom senso, criatividade e capacidade de improvisação. Sua função, portanto, deve ser ressaltada, e seus atributos devem ser motivo de discussão e de reflexão, no sentido de ter suas atividades reconhecidas, com investimento em formação específica para o desenvolvimento como educador.

Tanto o preceptor quanto o residente devem estar preparados para trocar e construir o conhecimento. Esta troca favorece o resultado da aprendizagem autodirigida e a reflexão crítica, auxiliando o aluno a corrigir seus erros e a reforçar comportamentos desejáveis.

A residência médica no Tocantins

Até 2010, o Estado do Tocantins era a única unidade da Federação brasileira que ainda não apresentava qualquer programa de residência médica (PRM). Por intermédio do Programa Pró-Residência e dos ministérios da Saúde e Educação e da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), foram criados seis projetos no segundo semestre de 2010 que foram aprovados para início em

2011: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade e Psiquiatria. Estes projetos tiveram o matriciamento do Grupo Hospitalar Conceição (RS) e da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e, principalmente, a parceria entre a Universidade Federal do Tocantins (UFT), a Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins e a Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

Os PRM começaram conjuntamente com o ingresso dos graduandos do curso de Medicina da UFT no internato com a perspectiva de iniciar o modelo de assistência-ensino nos serviços de saúde da região e, por conseguinte, aprimorar o atendimento da população local. Os PRM também tinham o objetivo de criar especialistas preparados e identificados com as características epidemiológicas e culturais locais para facilitar a fixação de profissionais no Estado, principalmente no interior. Foi criada a Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM), o que concedeu ao Tocantins o convite para participar da CNRM.

Com o sucesso da parceria e o início das primeiras turmas em 2011, no final do mesmo ano foram submetidos os projetos dos PRM de Anestesiologia, Cirurgia Vascular e Nefrologia, também aprovados e com os primeiros residentes ingressados em 2012. No final deste ano, com nove programas de residência, foram encaminhados projetos para mais dois programas em Palmas (Reumatologia e Cirurgia do Trauma) e dois outros projetos para serem os primeiros de Araguaína (Clínica Médica e Cirurgia Geral). Com isso, a perspectiva é ampliar os PRM no Estado e, assim, cultivar a filosofia do ensino-assistência em toda a região.

Componentes de uma política de estado para residência médica

É possível sentir uma enorme lacuna de vontade política, principalmente dos gestores, desde as esferas governamentais até a dos hospitais onde se desenvolvem os programas de residência, que não são valorizados devidamente. A residência médica (RM) precisa ser tratada não com uma visão limitada de política de saúde, mas acima dos interesses partidários e particulares, como uma política de governo.

Numa política para RM é essencial a abordagem de determinados elementos, tais como: (a) postura huma-

nística; (b) qualificação do corpo docente, com valorização do profissional pelo conhecimento adquirido, pela competência; (c) infraestrutura adequada; (d) compromisso social, entendido como a necessidade de preparar profissionais médicos levando em consideração aspectos como o perfil epidemiológico da região (no caso do Tocantins, a Região Amazônica).

Panorama atual e propostas

No Tocantins, existem atualmente quatro faculdades de Medicina, sendo duas particulares, uma federal e uma fundação. Apesar da posição contrária das entidades médicas locais à abertura de algumas delas, o movimento médico se mantém fiel em exigir a boa qualidade do ensino médico, visando a um atendimento ético e responsável da população. É fato que a má formação médica tem se refletido no aumento do número de denúncias ao Conselho Regional de Medicina.

As entidades médicas têm papel preponderante em apoiar todo e qualquer movimento em direção à melhoria do ensino médico. No caso da RM, essas entidades já sinalizaram a necessidade de que o poder público valorize a presença desses profissionais nas unidades de saúde do Estado, assim como a de seus preceptores.

Há necessidade de repensar o atual modelo de educação médica no Estado. A abertura indiscriminada de novas escolas médicas sem o compromisso de assumir o próprio hospital nos remete, a curto e médio prazo, a um horizonte preocupante de excesso de estudantes em nossas unidades de saúde. Todos os médicos são parte interessada e não podem ficar à margem dos possíveis desdobramentos desses equívocos.

A questão é: qual o futuro dos médicos formados nas atuais escolas médicas do Estado de Tocantins?

Uma das possibilidades é o aprimoramento de parte desses novos colegas por meio da RM. Esta assertiva precisa ser muito bem entendida pela opinião pública, através dos Conselhos de Saúde Municipal e Estadual, e pelos representantes governamentais nas esferas municipal e estadual. Os elementos de uma política estadual para RM passam necessariamente pelo entendimento daqueles que têm o poder de decisão e pela intenção de se comprometerem com a melhoria da qualidade do exercício da medicina através da mesma.

Inicialmente, é necessário entender em que consiste uma política pública. Segundo Caldas¹, “[...] Políticas Públicas são um conjunto de ações e decisões do governo, voltadas para a solução (ou não) de problemas da sociedade [...]” (p. 5). Assim, quando se pensa em formular uma política para RM, objetiva-se melhorar a condição de saúde da população por aperfeiçoar a formação dos médicos.

À primeira vista, na visão do gestor, pode parecer que os gastos com a “adoção” do residente não se refletem positivamente na administração pública; engana-se, pois o residente, que inicialmente aumenta os gastos da instituição – com material, exames, alimentação, etc. –, melhora o atendimento humanístico e científico dos usuários atendidos nos hospitais públicos, tanto da capital como do interior, com aumento na resolatividade dos casos clínicos e poupando os cofres públicos, colocando em evidência a melhoria na saúde pública.

Uma política estadual para RM deve estabelecer padrões claros de planejamento das atividades a serem desenvolvidas e disciplina na aplicação do programa e sua avaliação – não só do cumprimento dele, mas uma análise criteriosa e sensível dos resultados.

Como política de Estado, deve prever parcerias sem restrições, com planejamento, pactuação com as instituições envolvidas, complementação de recursos humanos, pactuação de financiamento e o entendimento de que o desenvolvimento do programa de residência será muito vantajoso para todos e, principalmente, terá reflexos positivos no atendimento dos pacientes, além de enorme impacto na formação profissional e científica.

A criação de uma política estadual para RM requer o desenvolvimento de algumas ações (fases), englobando seus principais atores.

PRIMEIRA FASE

- Realizar um fórum estadual em conjunto com as entidades médicas para debater a importância da residência médica, com o objetivo de estabelecer questões a serem tratadas junto ao poder público;
- Promover debates e fóruns com os colegas que trabalham nos hospitais que têm programa de RM, no sentido de diminuir a resistência em relação à validade destes programas.

Algumas questões devem ser lembradas:

Remuneração dos preceptores

Uma das questões que necessita estar incluída é a remuneração dos preceptores, que, infelizmente, até o presente não é uma realidade para a maioria dos preceptores da residência criada no Tocantins. No entanto, o Ministério da Educação² deixou evidente, na Câmara Técnica da Comissão de Residência Médica, que aprovou a criação e a regulamentação do cargo de preceptor-tutor dos programas de RM. A nova regra define a reserva de vagas para médicos residentes convocados para o serviço militar e institui a obrigatoriedade de mais dois cursos de natureza teórica: Medicina Preventiva e Saúde Coletiva.

“Um bom programa de residência médica depende do preceptor, daí a necessidade de regulamentarmos o cargo”, disse o secretário-executivo de Residência Médica da Secretaria de Educação Superior (SESu/MEC), professor Antônio Carlos Lopes. Para outubro de 2012, está marcado o Fórum Nacional de Residência Médica, em Brasília, em parceria do MEC com o Ministério da Saúde².

De acordo com a Resolução nº 5/2005, a carga horária do preceptor-tutor será de 40 horas semanais, em tempo integral e folga de um dia. A remuneração para o cargo será equivalente à bolsa do médico residente, acrescida de 10%².

Comprometimento dos funcionários das instituições de saúde com o ensino

O termo “funcionários” engloba desde o indivíduo da portaria, serviços gerais até o diretor do hospital. É preciso orientar esses profissionais quanto à nova forma de ensino no hospital, explicando-lhes a importância social da RM e que, a médio e longo prazo, eles também serão beneficiados com tal ensino se este se mostrar de qualidade.

Ambiente adequado às atividades de ensino

Na maioria das vezes, o espaço de pronto-socorro e das enfermarias é utilizado para aprendizagem, mas há necessidade de salas apropriadas para discussões de casos clínicos e aulas teóricas. Nesta questão, a administração hospitalar pode mostrar seu entendimento e compro-

misso com o ensino, trabalhando para que o ambiente se adapte às necessidades didáticas.

SEGUNDA FASE

- Desenvolver ações concretas junto aos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde no sentido de se reconhecer a importância da RM como um instrumento de melhoria da capacitação profissional e, por conseguinte, da qualidade do atendimento médico.

TERCEIRA FASE

- Utilizar a Comissão Estadual de Residência Médica (Cerem) como interlocutora entre as várias faculdades, o poder público e entidades médicas, com o objetivo de facilitar o reconhecimento da RM no Estado, dentro das unidades de saúde. Definir normas, decretos, resoluções, em resposta a possíveis problemas encontrados.

QUARTA FASE

- Elaborar um projeto legislativo que contemple a presença de médicos residentes e de seus preceptores nas unidades de saúde do Estado e municípios.

QUINTA FASE

- Desenvolver ações de divulgação dos programas de RM no Estado por meio de sua avaliação e dos resultados obtidos. Como já há várias regras e diretrizes estabelecidas nacionalmente, deve-se adaptá-las à realidade do Tocantins a fim de montar e apresentar essas propostas. Lembrar que a valorização profissional do preceptor deve estar à frente. Acrescente-se a isso o estímulo contínuo ao aperfeiçoamento do aprendizado pelo preceptor e a garantia de estímulo financeiro para conservação e melhoria do patrimônio (hospitais, ambulatórios, USF, PA, auditórios, etc.).

No atual panorama da residência médica no Estado, o preceptor necessita, acima de tudo, lutar contra as adversidades das diversas situações em que trabalha – como superlotação dos hospitais, sem condições ade-

quadas de atendimento e, conseqüentemente, de ensino. Neste cenário, a atenção ao modelo de formação que orienta os Residentes deve ser muito maior; cabe ao preceptor, entre outras responsabilidades, não permitir que, apesar de situações inadequadas de infraestrutura, o residente se acomode a uma situação de desumanização do trabalho do profissional da saúde.

Em relação ao processo de ensino na rede de atenção, há a “logística” – esta palavra tão ampla e complicada deve ser reinventada. O preceptor se adapta a uma situação de “aprendiz de professor” nos hospitais. Não há computadores nos locais de trabalho, nem salas de estudos ou auditórios. Com perseverança e criatividade, utilizando-se o conhecimento, elaboram-se rotinas e se experimentam novos horizontes de trabalho, num processo de crescimento pessoal e profissional que precisa transpor, a cada dia, as dificuldades, sem alimentá-las.

Na logística do desempenho da preceptoría, estão envolvidos vários fatores, que devem ser valorizados com a participação efetiva das entidades (escolas de Medicina), instituições hospitalares e Secretarias Estaduais de Saúde para o exercício digno e pleno desta função. O primeiro fator é a existência de estrutura física adequada a atividades de ensino, com salas e auditório com recursos de aprendizagem destinados exclusivamente a este fim, além de implantação de biblioteca virtual e impressa nas unidades hospitalares de ensino, com acesso aos periódicos assinados pelas instituições de ensino superior – possibilitado mediante parcerias com as universidades que utilizam suas dependências. Reformas com ampliação e adequação do número de leitos de enfermarias e melhorias na capacidade de atendimento nos setores de emergência, evitando superlotação, bem como a organização dos setores com salas de prescrição adequadas, distantes de ruídos, sempre interferem positivamente no aprendizado.

O segundo fator é o incentivo à pesquisa, com investimento em recursos e equipamentos para as unidades de saúde. É importante, inclusive, ter um laboratório equipado e com pessoal bem capacitado, comprometido em obter um nível de excelência de atuação.

O terceiro fator se relaciona ao incentivo à capacitação didático-pedagógica: participação em congressos e em cursos de pós-graduação com a garantia de liberação de carga horária remunerada.

O quarto fator se refere à melhoria da qualidade do atendimento, com o agendamento de menor número de pacientes em ambulatório, com conseqüente melhoria do aproveitamento do aprendizado.

O reconhecimento oficial pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) do preceptor em Residência em Saúde, com normatização do cargo (carga horária, capacitação e remuneração), constitui fator primordial. As instituições de ensino e Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde deverão, a exemplo da Câmara Interministerial de Educação em Saúde, constituir em seus organogramas um espaço democrático para a pactuação da integração ensino-serviço, buscando também complemento salarial para a tarefa de preceptoría e incentivo à ascensão no Plano de Cargos, Carreiras e Salários.

Sugere-se a elaboração de fóruns de debates e oficinas no Estado do Tocantins para delinear o trabalho do preceptor médico, com os gestores de saúde, representantes das entidades formadoras de saúde no âmbito público e privado, representações de classes, diretores dos serviços onde se realizam as práticas do internato e residência médica, docentes e alunos das instituições de graduação, pós-graduação e residências médicas, preceptores já em atuação e aspirantes a esses cargos.

Sugere-se também elaborar um planejamento adequado da residência médica no Estado, com a identificação das áreas prioritárias para instalação das residências médicas, voltadas à realidade no Estado, a fim de preparar os alunos para atuarem em cidades e/ou municípios onde terão que demonstrar a capacidade de criar soluções rápidas e práticas, independentemente do aparato tecnológico de que essas localidades dispõem.

CONCLUSÃO

Analisando a ausência de uma política estadual que contemple a regulamentação da RM, a única forma de reverter o quadro atual é a mobilização, organização e reconhecimento das necessidades que o setor apresenta.

É necessário que os residentes deixem de ser “mão de obra” – o que, infelizmente, vem ocorrendo em vários locais do País – e que se invista na melhoria da sua formação, em termos qualitativos e quantitativos, para que atendam às reais necessidades de toda a população brasileira.

Considerando o artigo 200 da Constituição Federal³, que determina ao SUS o ordenamento da formação dos recursos humanos na saúde, reiteramos o apoio à instituição da Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que desempenhará o importante papel de estabelecer as diretrizes para a formação dos profissionais de saúde no Brasil, inclusive da preceptoría na residência médica.

REFERÊNCIAS

1. Caldas RW (coord.). Políticas Públicas: conceitos e práticas. Belo Horizonte: Sebrae/MG; 2008.
2. Agência Brasil. MEC cria cargo de preceptor-tutor para residência médica [internet]. 2004. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2004-06-06/mec-cria-cargo-de-perceptor-tutor-para-residencia-medica>.
3. Associação Paulista de Medicina. SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu; 2003. p.54-55.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Barreto VHL, Monteiro R, Magalhães G. Papel do preceptor da Atenção Primária em Saúde na formação da Graduação e Pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco – Um termo de referência. *Rev Bras Educ Méd*. 2011; 35(4): 578-583.

Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis. *Rev. Bras. Educ. Med*. 2008; 32(3):363-373.

Botti SHO. O papel do Preceptor na formação de médicos residentes: Um estudo de residências em especialidades de um Hospital de Ensino. Rio de Janeiro; 2009. Doutorado [Tese] – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Ceccim RB, Feuerwerther LCM. Mudança na Graduação das profissões de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(3): 1400-1410.

Chemello D, Manfroi WC, Machado CLB. O papel do Preceptor no Ensino Médico e o modelo da preceptoría em um minuto. *Rev Bras Ensino Médico*. 2009; 33(4): 664-669.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Jornal do CREMESP*. 2012 abr.; nº 291.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Jornal do CREMESP*. 2011 nov.; nº 287.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Jornal do CREMESP*. 2011 mai.; nº 281.

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. *Jornal do CREMESP*. 2009 nov.; nº265.

Informativo FENAN. 2010 jun.; nº 9.

Marins JJN, Rego S. Educação Médica, Gestão, cuidado, avaliação. Rio de Janeiro: ABEM; 2004.

Moser A. O envelhecimento da população brasileira e seus desafios [internet]. 2010 [capturado em: 21 jun. 2012]. Disponível em: http://www.antoniosmoser.com/site/index.php?option=com_content&view=article&id=82:o-envelhecimento-da-populacao-brasileira-e-seus-desafios&catid=34:artigos&Itemid=41

Missaka H, Ribeiro VMB. Preceptoría nos congressos de Educação Médica. *Rev Bras Educ Med*. 2011; 35(3): 303-310.

Nunes MPT. Residência Médica no Brasil: situação atual e perspectivas. *Cadernos ABEM*. 2004;1:30-32.[online]. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/cadernos_abem/pdf/art_patrocinio_completo.pdf>.

Trajman A, Assunção N, Venturi M, Tobias D, Toshi W, Brant V. A preceptoría na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: opinião dos profissionais de Saúde. *Rev. Bras. Educ. Med*. 2009; 33(1):24-32.

Wuillaume SM, Batista NA. O preceptor na residência médica em Pediatria: principais atributos. *Jornal de Pediatria*. 2000;76(5):333-8.