

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR
ORGANIZADORA

Preceptoria em Programas de Residência: Ensino, Pesquisa e Gestão



CEPESC
EDITORA

**PRECEPTORIA EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA:
ENSINO, PESQUISA E GESTÃO**

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR
ORGANIZADORA

**PRECEPTORIA EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA:
ENSINO, PESQUISA E GESTÃO**

Rio de Janeiro

2017

**INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA,
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

Diretor: Rodrigo Murtinho de Martinez Torres

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL, UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Diretora: Gulnar Azevedo e Silva

Editores Científicos

Aluisio Gomes da Silva Jr.
Celia Regina Pierantoni
Jane Araujo Russo
Maria Luiza Heilborn
Mario Roberto Dal Poz
Roseni Pinheiro
Sergio Carrara

Conselho Editorial

Andre Rangel Rios
Benilton Carlos Bezerra Jr
Cid Manso de Mello Vianna
Claudia de Souza Lopes
Claudia Leite de Moraes
George Edward Machado Kornis
Gulnar Azevedo e Silva
Jane Araujo Russo
Maria Luiza de Amorim Heilborn
Michael Eduardo Reichenheim
Roseni Pinheiro

CEPESC Editora

Editora do Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva

Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar

Maracanã - Rio de Janeiro - RJ – CEP 20550-013

Telefones: (xx-21) 2334-0235 ramal 108

URL: www.ims.uerj.br/cepesc

Endereço eletrônico: publicacoes@ims.uerj.br

CEPESC Editora é sócia efetiva do Sindicato Nacional dos Editores de Livros (SNEL) e filiada à Associação Brasileira de Editoras Universitárias (ABEU).

ADRIANA CAVALCANTI DE ÁGUIAR (*ORGANIZADORA*)

**PRECEPTORIA EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA:
ENSINO, PESQUISA E GESTÃO**

1ª edição / julho 2017

Editoração eletrônica: **Paulo Sergio Silva Araujo**

Revisão e supervisão editorial: **Ana Silvia Gesteira**

Normalização das referências: **Carla Broseghini Moreira de Carvalho**

Esta publicação contou com apoio de:



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Indexado na base de dados LILACS.

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

**CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB-C**

A282

Aguiar, Adriana Cavalcanti de

Preceptoria em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão / Adriana Cavalcanti de Aguiar (Organizadora). Rio de Janeiro : CEPESC/IMS/UERJ, 2017.

207p

ISBN 978-85-9536-002-0

1. Educação Médica. 2. Preceptoria. 3. Internato e Residência. 4. Desenvolvimento de Pessoal. I. Título.

CDU 37:61

Impresso no Brasil

Agradecimentos

A coordenação da equipe da pesquisa **“Preceptoria em Programas de Residência no Brasil e na Espanha: ensino, pesquisa e gestão”** agradece o apoio das seguintes pessoas e instituições:

Associação Brasileira de Educação Médica; Alberto Infante; Aline da Silva Alves; Amparo Ortega Del Moral; Ana Silvia Gesteira; Carla Carvalho; Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva; *Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria* (Espanha); Consejería de Salud de Andaluzia; Denise Fernandes Leite; Dulce Helena Chiaverini; Edgar Bermejo; Eliana Maria de Oliveira Sá; Epifanio de Serdio Romero; *Escuela Andaluza de Salud Pública* (Granada); *Escuela Nacional de Sanidad* (Madri); Fátima Scarparo Cunha; Felipe Proenço de Oliveira; *Fundación Carolina*; Gabriel Priego Vico; Guilherme Loureiro Werneck; Hésio de Albuquerque Cordeiro; Jefferson da Costa Lima; José Maria Sanchez Bursón; José-Manuel Freire; Josué Laguardia; Leonardo Oliveira da Silva; Maria Ángeles Álvarez Herrero; Mariano Hernán; Maria Regina Cavalcanti de Aguiar; Mônica Durães; Organização Pan-Americana da Saúde; Roberto José Ávila Cavalcanti Bezerra; Rosani Pagani; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde; Sergio Minué Lorenzo; *Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria*; Suzana Maciel Willaume; Teresa Martinez Cañavate; Verónica Casado Vicente; Vinícius Belchior Asséf Neto e Wildes Fernando Tupinambá.

E a todos os coordenadores de programas, preceptores, gestores, residentes e técnicos administrativos que trabalham para garantir a oferta de formação de boa qualidade, e que encontraram tempo para contribuir para a realização da pesquisa.

Dedicatória

Dedico esse trabalho a meu pai, Professor Edson Schettine de Aguiar, que diligentemente orientou sua vida de educador a construir pontes: de conhecimento, de afeto e de respeito, em nome do entendimento, entre pessoas e grupos, no que foi muito bem sucedido.

Equipe de Pesquisa

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR (COORDENADORA)

ADRIANA MARIA BRANT RIBEIRO MACHADO

CONCEPCIÓN GANDARA PAZO

DENISE ESPIÚCA MONTEIRO

DULCE HELENA CHIAVERINI

ELAINE FRANCO DOS SANTOS ARAUJO

ELIANE BERINQUÉ BRAGA

EPIFANIO DE SERDIO ROMERO

GUILHERME CANEDO BORGES

IRENE ROCHA KALIL

JOÃO JOSÉ BATISTA DE CAMPOS

MARIA ÁNGELES ÁLVAREZ HERRERO

PEDRO HENRIQUE FREITAS MARTINS DE MOTA

WILSON COUTO BORGES

Consultores: Amparo Ortega del Moral e José Maria Sánchez Bursón

Endereço para correspondência: adriana.aguiar@post.harvard.edu

Autores

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR

Médica, mestre em Saúde Pública, mestre e doutora em Educação, pesquisadora do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (Ministério da Saúde) e do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; professora visitante no European Master of Public Health, École des Hautes Etudes en Santé Publique.

ADRIANA MARIA BRANT RIBEIRO MACHADO

Cirurgiã-dentista, mestre em Odontologia, doutora em Educação.

ALBERTO INFANTE

Médico, doutor em Medicina e Cirurgia, professor aposentado da Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III (Madri).

CONCEPCIÓN GANDARA PAZO

Médica, mestre e doutora em Saúde Coletiva.

ELAINE FRANCO DOS SANTOS ARAUJO

Enfermeira, mestre e doutora em Saúde Coletiva, professora associada do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública, da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFRJ.

ELIANE BERINQUÉ BRAGA

Estatística, mestre e doutora em Saúde Coletiva; técnica do Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro (DGH-RJ/SAS/MS).

EPIFANIO DE SERDIO ROMERO

Médico, especialista em Medicina de Família e Comunidade, chefe de estudos da Unidade Docente de Sevilha (Espanha).

JOÃO JOSÉ BATISTA DE CAMPOS

Médico, mestre em Medicina Preventiva, doutor em Saúde Coletiva; professor associado do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

JOSÉ-MANUEL FREIRE

Médico, mestre em Medicina Comunitária, mestre em Administração em Saúde, chefe do Departamento de Saúde Educacional da Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Saúde Carlos III (Espanha).

JOSÉ MARÍA SÁNCHEZ BURSÓN

Advogado, diretor do Instituto Andaluz de Administração Pública, Junta de Andaluzia (Espanha).

MARIA ÁNGELES ÁLVAREZ HERRERO

Pedagoga. Secretária da Comissão de Docência da Unidade Docente de Medicina Familiar e Comunitária de Sevilha, Serviço Andaluz de Saúde (Espanha).

PILAR CARBAJO

Médica, subdiretora adjunta da Direção Geral de Ordenação Profissional, Ministério de Saúde, Serviços Sociais e Igualdade (Espanha).

ROSANI PAGANI

Psicóloga, especialista em Gestão da Clínica, mestre em Saúde Pública, coordenadora nacional da Residência em Área Profissional da Saúde, Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde).

VICTORIA MARIA BRANT RIBEIRO MACHADO

Pedagoga, mestre em Administração de Sistemas Educacionais e doutora em Educação; professora associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

WILSON COUTO BORGES

Jornalista, mestre em Ciência Política, doutor em Comunicação, pesquisador do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (Ministério da Saúde).

SUMÁRIO

Apresentação	09
ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR	
1. Introdução à pesquisa “Preceptoría em Programas de Residência no Brasil e na Espanha: Ensino, Pesquisa e Gestão”: premissas, opções metodológicas e caracterização dos respondentes	11
ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR, WILSON COUTO BORGES, ELAINE FRANCO DOS SANTOS ARAUJO, ELIANE BERINQUÉ BRAGA E IRENE ROCHA KALIL	
2. Referências político-institucionais e normativas da oferta de programas de residência no Brasil	32
ELAINE FRANCO DOS SANTOS ARAUJO, ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR, ROSANI PAGANI, VICTORIA MARIA BRANT RIBEIRO E ADRIANA MARIA BRANT RIBEIRO MACHADO	
3. Características e perspectivas do modelo espanhol de formação de médicos residentes	49
JOSÉ-MANUEL FREIRE, ALBERTO INFANTE, ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR E PILAR CARBAJO	
4. Experiências, percepções e motivações de preceptores de residência brasileiros e espanhóis	60
ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR, ELAINE FRANCO DOS SANTOS ARAUJO, ELIANE BERINQUÉ BRAGA E WILSON COUTO BORGES	
5. Produção de conhecimento em serviços de saúde e a formação de residentes no Brasil e na Espanha: desafios da preceptoría	97
ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR	
6. Gestão e preceptoría na Residência de Medicina de Família e Comunidade em uma comunidade autônoma da Espanha	116
ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR, EPIFANIO DE SERDIO ROMERO, JOÃO JOSÉ BATISTA DE CAMPOS, CONCEPCIÓN GANDARA PAZO E MARIA ÁNGELES ÁLVAREZ HERRERO	
7. Gestão de programas de residência: desafios atuais no trabalho de coordenadores brasileiros	144
ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR	
8. Perspectivas da ordenação da formação profissional para atender às necessidades de saúde: análise de elementos jurídico-normativos da especialização em medicina no Brasil e na Espanha	168
ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR e José María Sánchez Bursón	
9. Reflexões e perspectivas sobre a formação especializada em saúde a partir da pesquisa “Preceptoría em Programas de Residência no Brasil e na Espanha: Ensino, Pesquisa e Gestão”	184
ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR	

Apresentação

Desde 2011 venho pesquisando a formação de residentes, buscando compreender o ponto de vista dos preceptores e os contextos de formação em que atuam. Investigando inicialmente a formação de médicos de família espanhóis, pude ampliar o olhar para a preceptoria no Brasil, em ambientes de prestação de serviços de atenção primária e hospitalar. Assim, com grande alegria, apresento este livro, com os primeiros resultados da pesquisa “Preceptoria em Programas de Residência no Brasil e na Espanha: ensino, pesquisa e gestão”.

Muitos apoios foram necessários e muitos agradecimentos são devidos para que nossa equipe pudesse levar este estudo a cabo nos dois países, em diversos cenários de prática, e com as respostas dos próprios preceptores a centenas de questionários.

Compromisso, criatividade, paixão pelo ensino, estratégia, mas também exploração e até violência incidem no cotidiano desses profissionais. Os contextos se sucedem, ora apontando para políticas de saúde mais inclusivas e cidadãs, ora ameaçando com a perda de direitos e piora das condições de trabalho.

Que motivos levam profissionais de saúde a cuidarem da formação das novas gerações, em paralelo com a prestação de serviços, muitas vezes em condições bastante aquém do desejável? Como os sistemas públicos de saúde devem atuar para valorizar e capacitar essas pessoas, dividindo recursos com as atividades assistenciais? Como enfrentar as tensões entre teoria e prática na construção de novas relações entre ensino e serviços? Qual a contribuição das residências para a qualidade do cuidado? Muitas perguntas se colocam, e ainda são poucos os dados disponíveis no Brasil.

Nossos resultados retratam importantes avanços obtidos nos últimos anos, e também refletem riscos embutidos na situação de crise econômica e contenção de recursos. Contribuirão, esperamos, para inspirar esforços na direção da profissionalização do ensino em serviços, com tudo que enseja em termos de aprimoramento das condições de ensino e fortalecimento dos vínculos de trabalho. Comentários, contribuições e críticas são bem-vindos e podem ser encaminhados para o e-mail adriana.aguiar@post.harvard.edu.

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR

I. Introdução à pesquisa “Preceptoria em Programas de Residência no Brasil e na Espanha: Ensino, Pesquisa e Gestão” premissas, opções metodológicas e caracterização dos respondentes

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR
WILSON COUTO BORGES
ELAINE FRANCO DOS SANTOS ARAUJO
ELIANE BERINQUÉ BRAGA
IRENE ROCHA KALIL

Introdução

O acesso universal a serviços de saúde de qualidade, organizado a partir de uma concepção ampliada da determinação do processo saúde-doença, demanda que os sistemas de saúde contem com profissionais aptos na identificação e cuidado às necessidades de indivíduos, famílias e comunidades. Atualmente, a ação articulada nos diferentes níveis de atenção à saúde exige competências profissionais ainda pouco privilegiadas nos currículos de graduação em saúde.

No Brasil, com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), pelo Ministério da Saúde, ficou ainda mais evidente a dissociação entre as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e a preparação de profissionais para atuarem na Atenção Primária à Saúde (APS). Além disso, para viabilizar a ESF, a atenção especializada deve estar disponível e ser pautada pelos princípios da integralidade e do uso racional de recursos. Toda essa articulação de ações de saúde demanda a revisão de processos de educação na saúde, incluindo a educação permanente das equipes.

Políticas públicas foram criadas para melhorar a formação profissional e apoiar mudanças na assistência. Em 2004, foi estabelecida a Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2004), que estimula a problematização do processo de trabalho e orienta ações de desenvolvimento profissional nos serviços, mediante esforços conjuntos de gestores, docentes, estudantes e profissionais, com participação da comunidade. Em 2006, foi lançada a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, sendo revista em 2011, valorizando a problemática da força de trabalho (BRASIL, 2006). Em 2009, o Departamento

de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/Ministério da Saúde), criou o Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) e o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Impulsionou, ainda, mudanças na relação das universidades com os serviços do SUS nos municípios, conforme preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Graduação (DCN) na área da saúde, homologadas entre 2001 e 2004 (e revistas, no caso da Medicina, pelo Conselho Nacional de Educação, em 2014).

Nesse contexto dinâmico, a pesquisa “Preceptoria em Programas de Residência: Ensino, Pesquisa e Gestão” (PREPG) investigou a formação em nível de pós-graduação, no formato residência, em dois países: Brasil e Espanha. Em ambos os países, foi estudada a formação na Medicina de Família e Comunidade (MFC), sendo que no Brasil a pesquisa incluiu ainda a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (que não existe na Espanha). Tendo em mente que, desde o estabelecimento do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 1983), políticas públicas buscam incorporar elementos de qualidade e humanização na atenção à saúde da mulher (AGUIAR, 1996), a Pesquisa PREPG, ao investigar a formação em cenários predominantemente hospitalares, elegeu a saúde da mulher por sua grande relevância social e sanitária. Assim, estudou também a Residência em Ginecologia e Obstetrícia, a Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher e a Residência em Enfermagem Obstétrica.

Ações para articular serviços e instituições de ensino também ocorrem na Espanha, que obteve avanços na indução da formação de médicos mediante estratégia de seleção de residentes, através do Programa MIR/EIR (Médicos Internos e Residentes/Enfermeiros Internos e Residentes). Lá o Ministério da Saúde estipula anualmente, após ausculta das comunidades autônomas e outros interessados, a distribuição das vagas por especialidade, levando em conta as necessidades do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Como será apresentado, a Espanha avançou bastante na ordenação do processo formativo em nível pós-graduado (embora enfrente dificuldades para articular a graduação com a residência). Algumas das soluções ali encontradas para conferir coerência e qualidade à formação de

residentes podem ajudar a refletir sobre o contexto brasileiro e seus possíveis desdobramentos.

Papéis e desafios enfrentados por preceptores

Para milhares de profissionais recém-formados que anualmente ingressam em programas de residência, os relacionamentos que estabelecem com preceptores, equipes e usuários vão impactar sua prática futura. Preceptores atuam como exemplos (*role models*) e promovem o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, num processo formativo caracterizado pelo treinamento em serviços, que ocorre em situações complexas de interação, envolvendo preceptores, residentes, profissionais de várias áreas de conhecimento, pacientes e instituições, desempenhando o preceptor papel fundamental (WUILLAUME, 2000).

O profissional responsável pelo cuidado dos pacientes acumula o papel de educador, estabelecendo as bases da relação educador-educando nos serviços de saúde (HEFLIN et al., 2009), em ambientes pressionados por cobranças de produtividade. A distinção entre docentes e profissionais que atuam nos serviços e também ensinam vem se tornando menos visível (WALLING; SUTTON; GOLD, 2000).

Em 2011 a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) publicou o sétimo número dos “Cadernos da ABEM” com o tema da residência médica. Lá, Nunes et al. (2011, p. 35) argumentam que a “supervisão adequada é o ponto-chave dessa estratégia de capacitação para a profissão médica”, motivo pelo qual a preceptoria precisa ser profissionalizada, embora “inacreditavelmente, a residência médica (...) não inclui programa e táticas de reconhecimento, qualificação, certificação e remuneração da supervisão”. Os autores argumentam que as regras que estabelecem critérios para o exercício da preceptoria¹ são

1 As regras demandam título de especialista, estabelecendo que a “proporção de preceptores por médico residente é de dois médicos residentes por preceptor com contrato de 20 horas semanais de trabalho ou de seis médicos residentes por preceptor com contrato de 40 horas semanais de trabalho” (NUNES et al., 2011, p. 37).

insuficientes e “certamente precisam ser melhoradas” (NUNES et al., p. 37). Lacunas na regulação também foram observadas por Soares et al., (2013) em publicação da ABEM que sistematiza ações de formação de preceptores.

Wuillaume (2010) caracterizou a preceptoria como “um processo de mediação”, demandando do preceptor “conhecimento, sensibilidade, bom senso, criatividade e improvisação” (WUILLAUME, 2010, p. 136). Apontou analogias entre a formação dos residentes e o método da “problematização” criado por Freire (2010), que vem sendo adaptado à formação em saúde em contextos inovadores (BERBEL, 1998). Soares et al. (2013) vão além na descrição da complexidade das atividades e atributos de preceptores:

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 saúde. 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” (p. 16-17).

Na Espanha, avançando na ordenação da formação profissional, foi pactuado um programa oficial para cada especialidade, aprovado pela Comissão de Recursos Humanos do Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e pelos Ministérios da Saúde e Educação. No caso da MFC, o programa oficial destaca o papel dos preceptores (denominados tutores) em planejar, estimular, dirigir, acompanhar e avaliar o processo de aprendizagem do residente. Suas atribuições incluem: ser o interlocutor de referência e, portanto, realizar um trabalho de acolhimento e informação, resolução de conflitos e proteção dos direitos do residente. O preceptor deve ainda favorecer a autoaprendizagem e a responsabilidade progressiva do residente, fomentar sua atividade docente e investigadora, além de ser o principal

responsável pela avaliação formativa ou continuada, participando ativamente na avaliação anual/certificativa.

Além do ensino-aprendizagem da teoria e prática da especialidade, iniciativas brasileiras e espanholas valorizam o desenvolvimento de pesquisas nos serviços de saúde, como elemento da formação de residentes. O programa da especialidade de MFC espanhol orienta a inclusão de conhecimentos e habilidades em metodologia de pesquisa, orientada para a identificação de necessidades de saúde e definição de prioridades, mediante o uso de entrevistas e grupos focais, bem como para avaliação de ações na comunidade e identificação de recursos disponíveis para a promoção da saúde. Assim, além da responsabilidade de fortalecer a ponte entre o serviço e a instituição de ensino e garantir a continuidade do processo assistencial, espera-se que o preceptor também se qualifique em aspectos da metodologia de pesquisa.

Para a Associação de Escolas de Medicina da Europa (ASME), a educação continuada não será suficiente se a formação não investir em habilidades de pesquisa, pois o incremento de conhecimento e as transformações institucionais serão imensas nas próximas décadas:

Ensino e pesquisa em ambientes comunitários e hospitais universitários devem ser vistos como [...] dois lados complementares da mesma moeda. As escolas de medicina devem identificar e planejar o ensino para as necessidades do século XXI, fornecendo as habilidades que permitam que os profissionais de saúde se adaptem para mudanças nos padrões de adoecimento, de atenção à saúde, crescentes demandas dos pacientes, deste modo preparando-os para os futuros desafios do cuidado em saúde (ASSOCIATION OF MEDICAL SCHOOLS IN EUROPE, 2014).²

Com tantas nuances permeando o ensino-aprendizagem em serviços de saúde, é necessário também conhecer protagonistas e mecanismos envolvidos na gestão das residências, que por sua vez são influenciados pelo arcabouço normativo de cada país. Também esse componente da oferta de programas de residentes esteve presente nos

² ASSOCIATION OF MEDICAL SCHOOLS IN EUROPE. Disponível em: <<http://www.amse-med.eu/documents/NewLisbondeclaration.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

interesses da presente pesquisa.

O objetivo geral da Pesquisa PREPG foi analisar experiências e percepções de preceptores na formação de residentes em área de saúde da família (Brasil e Espanha) e saúde da mulher (Brasil). A pesquisa definiu como objetivos específicos: **a)** descrever o perfil e as atividades de preceptores na atenção à saúde, ensino-aprendizagem-avaliação, e pesquisa em serviço; **b)** compreender percepções dos preceptores sobre sua prática e condições de trabalho, bem como sobre as principais dificuldades enfrentadas e necessidades identificadas em seu cotidiano; **c)** analisar o contexto político-institucional no qual a formação de residentes ocorre; e **d)** descrever os mecanismos e as ferramentas adotados para a ordenação e gestão da formação especializada (Residência) no Brasil e na Espanha.

Ficou estabelecida a inclusão de programas de residência nas seguintes áreas: **1)** Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) (Brasil e Espanha); **2)** Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia (RMGO); **3)** Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF); **4)** Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher (RMSM); e **5)** Residência em Enfermagem Obstétrica (REO).

Em janeiro de 2014, a coordenação da pesquisa recebeu a carta de aceite do pedido de financiamento pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS), e definiu a equipe responsável pela coleta e análise de dados, que previa a utilização de métodos qualitativos e quantitativos.³ Paralelamente, foram tomadas algumas providências para dar visibilidade pública ao estudo e fomentar a participação dos sujeitos de pesquisa. Com este objetivo, foram criados uma *homepage* e um e-mail institucional, além de material impresso de divulgação (no formato marcador de livro).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), tendo sido definida a

³ Infelizmente, uma das coordenadoras da pesquisa, a Prof. Dulce Helena Chiaverini, faleceu antes da montagem da equipe de pesquisa, deixando muitas saudades. Entre a formulação do projeto e a operacionalização do estudo, estiveram envolvidas regularmente cerca de dez pessoas.

garantia de anonimato dos participantes. Na elaboração e testagem do questionário eletrônico, em sua versão em português e espanhol,⁴ a equipe de pesquisa contou com o apoio de profissionais da área de Tecnologia da Informação do ICICT/Fiocruz. Após várias reuniões, com o instrumento pré-testado e finalizado, ficou estabelecido que os preceptores respondentes do componente quantitativo da investigação receberiam um correio eletrônico com um *link* que daria acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ao questionário. Após assinalar sua concordância no TCLE e o recebimento de cópia desse documento via e-mail, o participante obtinha acesso ao questionário.

A principal dificuldade da coleta de dados quantitativos foi o acesso aos respondentes brasileiros, pela inexistência de um cadastro disponível. Cientes de que coletas de dados mediadas pela internet sofrem os efeitos da distância entre pesquisadores e pesquisados, a equipe decidiu selecionar programas apoiados pelo Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência) e que, portanto, estabelecem contato regular com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009). Este disponibilizou informações de contato e recomendou o estudo aos coordenadores de programas apoiados (através de ofício do diretor do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde - DEPREPS/SGTES). Com base nos editais de apoio⁵ lançados até aquela data, a equipe de pesquisa consolidou os dados recebidos (de identificação dos programas e respectivos coordenadores) em uma planilha com 171 programas, nas cinco áreas de conhecimento de interesse do estudo. Após exclusão das duplicações e dos programas inativos, foi identificado um universo de 153 programas em atividade no Brasil.

Os dados foram coletados mediante aplicação de questionários eletrônicos estruturados, em português e espanhol, preenchidos

4 O desenvolvimento dos questionários iniciou-se ainda em 2011, na Espanha. Com apoio da *Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria*, instância assessora do Ministério da Saúde espanhol, foi realizado um estudo piloto com 12 preceptores. Posteriormente, o questionário foi revisto e ampliado.

5 O que no Brasil significou serem contemplados com apoios previstos nos editais 07, 08, 18 e 19 (Residências Médicas) e editais 17, 19, 21, 24, 28 e 29 (Área Profissional).

online por preceptores em atividade. A mediação dos coordenadores de programas foi indispensável para estabelecer contato com os respondentes (preceptores). O contato da equipe de pesquisa com os coordenadores implicou envio de inúmeros correios eletrônicos e telefonemas. Poucos coordenadores de programas (mesmo entre aqueles que disponibilizaram contatos de preceptores) informaram o número total de preceptores atuantes no programa. Devido à indisponibilidade de um cadastro dos programas de residência brasileiros com listagem dos preceptores atuantes não foi possível utilizar técnicas de amostragem probabilística para seleção dos preceptores entrevistados nem realizar testes estatísticos para verificar a significância dos resultados (TRIOLA, 2008). Por isso apenas medidas de frequências foram utilizadas para análise dos dados.

Na Espanha, com apoio da *Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitária* (SAMFyC), foram convidados a participar todos os preceptores atualmente em atividade na comunidade autônoma da Andaluzia. A escolha desta comunidade autônoma decorre do alto grau de regulação das políticas de formação especializada, no âmbito do “*Plan Estratégico de Formación Integral*” (CONSEJERÍA DE SALUD DE ANDALUCÍA, 2009) no qual a residência desempenha importante papel. A coleta de dados contou com o apoio de todos os “chefes de estudo” (coordenadores de programa em nível provincial) das oito províncias andaluzas, que fizeram a mediação entre a equipe de pesquisa e os respondentes do questionário.

Em ambos os instrumentos as questões foram organizadas em duas dimensões, denominadas: “caracterização do processo de trabalho” e “percepções sobre a preceptoria”. Na versão brasileira cada dimensão foi composta por 25 questões, enquanto na versão espanhola 24 questões foram destinadas a primeira dimensão e 23 estruturaram a segunda dimensão do questionário. Estas diferenças referentes ao número de questões se justificam devido às particularidades de cada país. Em alguns casos as questões foram reformuladas objetivando respeitar estas distinções.

Após encerramento da aplicação dos questionários eletrônicos, que no Brasil foi realizada no período de setembro de 2014 a setembro de 2015 e na Espanha entre fevereiro e setembro de 2015, os dados foram exportados e todas as análises foram realizadas no programa R

de acesso livre e gratuito (R Core Team, 2014).

Visando aprofundar a compreensão de elementos dos processos institucionais que influenciam a prática dos preceptores, foi realizada coleta de dados qualitativos em um grupo selecionado de instituições. A seleção dos programas foi intencional (*purposeful*), favorecendo aqueles com maior maturidade institucional (PATTON, 2002; MAXWELL, 2013). No componente qualitativo, foram utilizados quatro métodos de pesquisa: 1) entrevistas com gestores; 2) grupos focais com preceptores; 3) grupos focais com residentes; e 4) análise de documentos.

Esse aprofundamento ocorreu, simultaneamente, em três programas espanhóis e 13 programas brasileiros, em quatro regiões do país (Norte, Nordeste, Sudeste e Sul). As visitas de campo abordaram a estrutura e dinâmica da rede de serviços de saúde, a relação entre academia e serviços, as condições de trabalho, os estímulos para a preceptoria e características da gestão dos programas. A coleta de dados com gestores abordou a criação, estrutura e mecanismos de gestão, mecanismos de valorização da preceptoria, atividades de desenvolvimento profissional, entre outros.

As entrevistas (individuais ou por meio de grupos focais) ocorreram após obtenção de consentimento escrito⁶ do(s) entrevistado(s). Os grupos focais com os residentes seguiram um roteiro curto, semiestruturado, que focou a relação preceptor-residente e o processo ensino-aprendizagem. Através dos registros em diário de campo, a equipe registrou o desenvolvimento da pesquisa, a emergência de algumas categorias analíticas e a sistemática da coleta de dados (HAMMERSLEY; ATKINSON, 2007). Após submeter o material coletado a uma pré-análise (BARDIN 2008), que consistiu da transcrição e organização do banco de dados qualitativo, foram identificados 40 temas relevantes, sistematizados utilizando o programa Atlas TI.⁷

6 Para iniciar a segunda fase (caracterizada pelo uso de métodos qualitativos), submeteu-se novamente o projeto de pesquisa para apreciação do CEP Fiocruz, respeitando e acatando as diretrizes preconizadas na legislação vigente, obtendo aprovação em 18/03/2015. Três secretarias municipais de Saúde que mantêm programas de residência selecionados demandaram aprovação pelos seus respectivos comitês de ética em pesquisa, o que foi cumprido.

7 <http://atlasti.com/manuals-docs/>

Caracterização dos participantes

A respeito dos preceptores brasileiros cujos contatos foram informados pelos coordenadores,⁸ houve predomínio dos estados de São Paulo (30,4%), na Região Sudeste, e Ceará, no Nordeste (25,1%). De um total de 890 correios eletrônicos enviados a preceptores cujos e-mails haviam sido informados pelos coordenadores, 19 retornaram. Dos 871 preceptores contatados apenas 361 acessaram o questionário e confirmaram os dados referentes ao programa de residência, e destes 357 responderam à pesquisa.

A coleta de dados quantitativos foi encerrada com 463 preceptores respondentes, sendo 357 no Brasil (distribuídos em 62 programas) e 106 na Espanha. O percentual de respostas no Brasil foi de 41% (dos 871 preceptores contatados). O programa com maior número de preceptores respondentes foi o Multiprofissional em Saúde da Família, talvez pela maior receptividade dos participantes para da discussão de importantes aspectos da residência em Área Profissional de Saúde.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos respondentes por estado brasileiro e tipo de programa: Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC), Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia (RMGO), Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher (RMSM) e Residência em Enfermagem Obstétrica (REO).

Preceptores de 15 estados do país responderam ao questionário, com predomínio de participantes da Região Sudeste (47,1%), a qual concentra o maior número de programas de residência, seguida pela Região Nordeste (28,9%), Sul (18,2%) e Norte (5,9%).

8 Dentre os programas que compuseram o universo de pesquisa, constituíram-se duas situações: a dos programas contatados sem obter resposta (mesmo após muitas tentativas planejadas e registradas em instrumentos de gestão do trabalho de campo) e a dos contatados que deram retorno. Neste caso, houve dois desdobramentos: programas cujo coordenador enviou, conforme solicitado, a lista daqueles preceptores (nome e endereço eletrônico) que concordaram em participar, e programas em que o coordenador, apesar de ser contatado, não enviou a lista.

Tabela 1 - Distribuição dos preceptores participantes por Estado e tipo de programa (Brasil)

UF	Programa de residência					Total	
	RMFC	RMGO	RMSF	RMSM	REO	Nº	%
SP	11	35	22	13	6	87	24,4
CE	7	4	58	-	2	71	19,9
RJ	25	5	1	-	11	42	11,8
MG	-	20	9	1	7	37	10,4
SC	23	4	7	-	-	34	9,5
RS	1	-	17	-	1	19	5,3
PE	7	-	10	-	-	17	4,8
TO	-	4	10	-	-	14	3,9
PR	4	6	-	2	-	12	3,4
AL	-	2	8	-	-	10	2,8
PA	5	-	-	-	-	5	1,4
PB	-	4	-	-	-	4	1,1
AM	2	-	-	-	-	2	0,6
ES	-	2	-	-	-	2	0,6
BA	-	-	1	-	-	1	0,3
Total	85	86	143	16	27	357	-

A tabela 2 apresenta o número de preceptores e de instituições respondentes no Brasil, por tipo de programa.

Tabela 2 - Distribuição de instituições e preceptores respondentes por tipo de programa (Brasil)

Programa de Residência	Preceptores		Nº de instituições		Média de respondentes por instituição
	Nº	%	Nº	%	
RMFC	85	23,8	13	21,0	7
RMGO	86	24,1	23	37,1	4
RMSF	143	40,1	16	25,8	9
RMSM	16	4,5	4	6,5	4
REO	27	7,6	6	9,7	5
Total	357	-	62	-	6

Quanto aos programas, o maior percentual de participações foi da Ginecologia e Obstetrícia, que tem mais programas no universo pesquisado. Nota-se um equilíbrio na participação de preceptores dos dois programas de residência médica (RMFC e RMGO). A Residência Multiprofissional em Saúde da Família foi o tipo de programa com maior número de indivíduos participantes (40,1%). As residências em Enfermagem Obstétrica e em Saúde da Mulher, somadas, participaram com 12,1% das respostas.

A tabela 3 informa o número de programas e de preceptores respondentes por ambiente predominante de prática: aqueles relativos à Atenção Primária à Saúde Residência em Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família e à Atenção Hospitalar (RMGO, RMSM e REO). Cabe notar que os dois grupos correspondem à área da Saúde da Família e Saúde da Mulher, respectivamente, lembrando que vários programas oferecem atividades em diferentes cenários de prática.

Tabela 3 - Distribuição dos preceptores que responderam à pesquisa e instituições participantes por ambiente predominante de prática do programa de residência (Brasil)

Programa de residência por ambiente	Preceptores		Nº de instituições		Média de respondentes por instituição
	Nº	%	Nº	%	
Atenção Primária	228	63,9	29	46,8	8
Atenção Hospitalar	129	36,1	33	53,2	4
Total	357	-	62	-	6

Embora haja um equilíbrio no número de instituições representadas, a maioria dos preceptores participantes atua predominantemente no ambiente de Atenção Primária (63,9%).

A tabela 4 apresenta o número de participantes por tipo de programa de residência: agrupando os dois da residência médica (Medicina de Família e Comunidade e Ginecologia e Obstetrícia) e os dois de área profissional somados ao de Enfermagem Obstétrica.

Tabela 4 - Distribuição dos preceptores que responderam à pesquisa e instituições participantes por programa de residência médica e em Área Profissional

Programa de residência	Preceptores		Nº de instituições		Média de respondentes por instituição
	Nº	%	Nº	%	
Medicina	171	47,9	36	58,1	5
Área Profissional	186	52,1	26	41,9	7
Total	357	-	62	-	6

Os números indicam predominância de preceptores nos programas de residência em Área Profissional (52,1%) e maior número de instituições nas áreas dos programas das residências médicas (58,1%).

A tabela 5 apresenta características gerais dos participantes brasileiros, por tipo de programa de residência, segundo sexo, idade e titulação acadêmica.

Tabela 5 - Características gerais dos preceptores brasileiros, por tipo de programa

Variáveis	Programa de residência										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Sexo</i>												
Masculino	40	47,1	38	44,2	25	17,5	2	12,5	1	3,7	106	29,7
Feminino	45	52,9	47	54,7	118	82,5	14	87,5	26	96,3	250	70,0
Ignorado	0	0	1	1,2	0	0	0	0	0	0	1	0,3
<i>Faixa etária dos preceptores (em anos)</i>												
Até 30	18	21,2	4	4,7	39	27,3	4	25,0	3	11,1	68	19,0
31 a 40	50	58,8	35	40,7	62	43,4	4	25,0	13	48,1	164	45,9
41 a 50	14	16,5	28	32,6	27	18,9	6	37,5	8	29,6	83	23,2
51 ou mais	3	3,5	19	22,1	15	10,5	1	6,3	3	11,1	41	11,5
Ignorado	0	0	0	0	0	0	1	6,3	0	0	1	0,3
<i>Mediana (em anos)</i>	36	-	42	-	35	-	40	-	38	-	37	-
<i>Titulação acadêmica concluída</i>												
Graduação	1	1,2	2	2,3	13	9,1	1	6,3	0	0	17	4,8
Especialização	64	75,3	54	62,8	102	71,3	11	68,8	13	48,1	244	68,3
Mestrado	18	21,2	14	16,3	24	16,8	3	18,8	12	44,4	71	19,9
Doutorado	1	1,2	15	17,4	4	2,8	0	0	2	7,4	22	6,2
Pós-Doutorado	1	1,2	1	1,2	0	0	1	6,3	0	0	3	0,8

Observam-se mais mulheres atuando na preceptoria em todos os tipos de programas no Brasil (70,0%). A faixa etária predominante encontra-se entre 31 e 40 anos (45,9%), com mediana de 37 anos, seguida pela de 41 a 50 anos (23,2%). A maioria dos preceptores informou possuir o título de especialista (68,3%) e cerca de um quarto do grupo estudado chegou a obter título de mestre e/ou doutor. Por outro lado, há um grupo sem especialização de 4,8% dos respondentes.

A tabela 6 informa o número de participantes por tipo de programa e relação com a instituição na qual atua como preceptor(a).

A faixa de carga horária que mais obteve mais respostas foi a de mais de 30 horas contratuais, embora haja variação expressiva de acordo com o tipo de programa: mais de 88% para aqueles que atuam

na Medicina de Família e menos de um terço dos inseridos no ensino da Ginecologia e Obstetrícia. Este último programa concentra o maior percentual de pessoas com menos de 20 horas semanais contratuais: pouco menos da metade.

Tabela 6 - Participantes por tipo de programa e relação com a instituição na qual atua como preceptor(a), por tipo de programa (Brasil)

Variáveis	Programa de residência										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
<i>Número de preceptores participantes</i>	85	23,8	86	24,1	143	40,1	16	4,5	27	7,6	357	-
<i>Tipo de vínculo com a instituição</i>												
Instituição de Saúde	63	74,1	37	43	108	75,5	6	37,5	16	59,3	230	64,4
Instituição de Ensino	5	5,9	8	9,3	12	8,4	2	12,5	5	18,5	32	9
Ambas as instituições	17	20	41	47,7	22	15,4	8	50	6	22,2	94	26,3
Ignorado	0	0	0	0	1	0,7	0	0	0	0	1	0,3
<i>Atua profissionalmente em outra instituição e/ou consultório particular</i>												
Não	49	57,6	6	7	65	45,5	11	68,8	16	59,3	147	41,2
Sim (*)	36	42,4	80	93	78	54,5	5	31,3	11	40,7	210	58,8
Instituição pública	22	61,1	39	48,8	54	69,2	3	60	7	63,6	125	59,5
Instituição privada	10	27,8	35	43,8	21	26,9	0	0	4	36,4	70	33,3
Consultório particular	11	30,6	47	58,8	13	16,7	2	40	0	0	73	34,8
<i>Vínculo empregatício na instituição em que atua como preceptor</i>												
N° de preceptores que responderam (*)	85	100	86	100	140	97,9	16	100	27	100	354	99,2
Emprego público (estatutário)	43	50,6	34	39,5	69	49,3	5	31,3	13	48,1	164	46,3
Emprego público (celetista)	13	15,3	20	23,3	26	18,6	5	31,3	8	29,6	72	20,3
Contrato com empresa privada	5	5,9	19	22,1	7	5	2	12,5	2	7,4	35	9,9
Contrato intermediado por OS, OSCIP ou ONG	25	29,4	2	2,3	6	4,3	0	0	2	7,4	35	9,9
Contrato com entidade filantrópica	1	1,2	12	14,0	2	1,4	3	18,8	0	0	18	5,1
Contrato intermediado por cooperativa	0	0	0	0	4	2,9	0	0	0	0	4	1,1
Outro	1	1,2	3	3,5	28	20	1	6,3	3	11,1	36	10,2
N° de preceptores que não responderam	0	0	0	0	3	2,1	0	0	0	0	3	0,8
<i>Carga horária contratual semanal total</i>												
Até 20 horas	7	8,2	42	48,8	38	26,6	2	12,5	3	11,1	92	25,8
Entre 21 e 30 horas	1	1,2	17	19,8	12	8,4	4	25	5	18,5	39	10,9
Entre 31 e 40 horas	57	67,1	25	29,1	66	46,2	8	50	14	51,9	170	47,6
Dedicação exclusiva	18	21,2	2	2,3	25	17,5	2	12,5	4	14,8	51	14,3
Ignorado	2	2,4	0	0	2	1,4	0	0	1	3,7	5	1,4
<i>N° residentes sob responsabilidade do preceptor(a)</i>												
1 ou 2	39	45,9	9	10,5	67	46,9	8	50	2	7,4	125	35
3 ou 4	27	31,8	18	20,9	18	12,6	2	12,5	2	7,4	67	18,8
5 ou mais	5	5,9	53	61,6	46	32,2	4	25	22	81,5	130	36,4
Ignorado	14	16,5	6	7	12	8,4	2	12,5	1	3,7	35	9,8
<i>Média de residentes/preceptor</i>	3	-	11	-	4	-	4	-	11	-	4	-
<i>Tempo médio na instituição</i>	5	-	12	-	6	-	12	-	12	-	8	-
<i>Tempo médio em que iniciou atividade como preceptor(a)</i>	3	-	8	-	2	-	3	-	3	-	4	-

Os percentuais abaixo do sinal de asterisco (*) referem-se à distribuição das respostas afirmativas.

Quanto à precarização, cerca de um quarto dos participantes informou não ter contrato pela CLT ou pelo RJU. Os participantes atuam na instituição de saúde há oito anos em média, exercendo a preceptoria há dois ou três anos, com exceção do grupo da Ginecologia e Obstetrícia, cuja atividade de preceptoria ocorre há oito anos, em média. O número de residentes que os preceptores informaram ter sob sua supervisão variou de três Residência em Medicina de Família e Comunidade a 11 na Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia e Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher.

A tabela 7 apresenta a distribuição dos participantes de acordo com as características da relação com a instituição na qual atuam como preceptor(a), relacionando a inserção na Atenção Primária e na Atenção Hospitalar como ambientes predominantes.

Tabela 7 - Participantes, por ambiente predominante de prática do programa (Atenção Primária e Hospitalar) e características da relação com a instituição na qual atua como preceptor(a)

Variáveis	Programa de residência por ambiente				Total	
	Atenção Primária		Hospitalar			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Tipo de instituição com a qual se vincula</i>						
Instituição de Saúde	171	75,0	59	45,7	230	64,4
Instituição de Ensino	17	7,5	15	11,6	32	9,0
Ambas as instituições	39	17,1	55	42,6	94	26,3
Ignorado	1	0,4	0	0	1	0,3
<i>Atua profissionalmente em outra instituição e/ou consultório particular</i>						
Não	114	50,0	33	25,6	147	41,2
Sim (1)	114	50,0	96	74,4	210	58,8
Instituição pública	76	66,7	49	51,0	125	59,5
Instituição privada	31	27,2	39	40,6	70	33,3
Consultório particular	24	21,1	49	51,0	73	34,8
<i>Carga horária contratual semanal total</i>						
Até 20 horas	45	19,7	47	36,4	92	25,8
Entre 21 e 30 horas	13	5,7	26	20,2	39	10,9
Entre 31 e 40 horas	123	53,9	47	36,4	170	47,6
Dedicação exclusiva	43	18,9	8	6,2	51	14,3
Ignorado	4	1,8	1	0,8	5	1,4

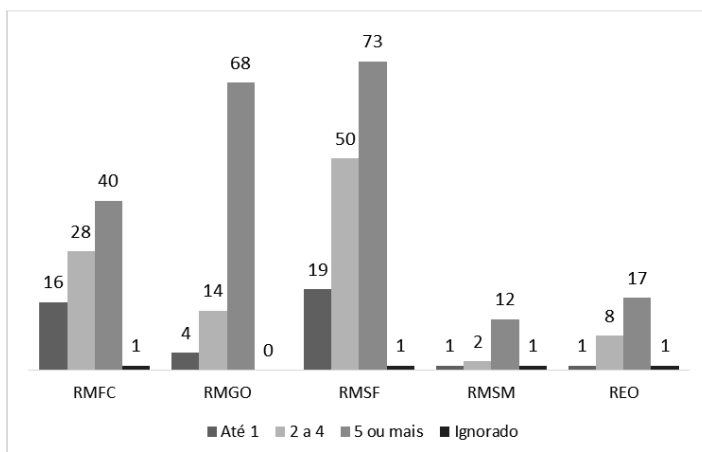
(1) Equivale ao percentual de preceptores que responderam “sim”, uma vez que, em caso afirmativo, havia possibilidade de múltipla resposta.

Na APS, a vinculação predominante dos preceptores é com instituições de saúde, enquanto que nos programas em ambiente predominantemente hospitalar existe um equilíbrio entre vínculo exclusivo com a saúde e vínculo com saúde e educação. É minoritário o grupo de preceptores que informa atuar, profissionalmente, exclusivamente na instituição onde exerce a preceptoria (41,2% do total). Observa-se nítida diferença da proporção de respondentes que atuam em outra instituição (ou no consultório) além daquela onde exerce a preceptoria: cerca de 75% dos preceptores no ambiente predominantemente hospitalar, em comparação com metade daqueles na APS.

Quanto à carga horária contratual na instituição na qual exerce a preceptoria, embora, em média, metade dos preceptores informe uma carga horária de mais de 30 horas/semana, apenas 36,4% dos que atuam programas oferecidos em ambiente predominantemente hospitalar contam com tal número de horas contratuais (percentual idêntico àquele dos que têm menos de 20 horas/semana). É desejável, para o adequado exercício da preceptoria, um grau de estabilidade do preceptor na instituição em que atua.

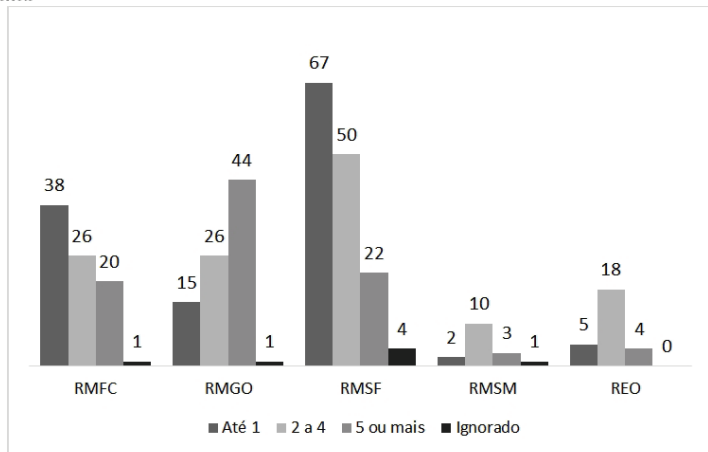
O gráfico 1 informa o tempo, em anos, em que os respondentes atuam como profissionais da instituição, e o gráfico 2 informa o número de anos de atuação na preceptoria de residentes.

Gráfico 1 - Tempo na instituição na qual atua como preceptor(a) de residentes (em anos), por tipo de programa



Os preceptores que estão há mais tempo na instituição em que atuam como preceptores são os de Saúde da Família e de Ginecologia e Obstetria; e os que estão há menos tempo nestas instituições são os preceptores de Saúde da Mulher e de Enfermagem Obstétrica.

Gráfico 2 - Tempo de exercício como preceptor(a) de residentes (em anos), por tipo de programa



O programa que possui preceptores que exercem a função há mais tempo é o de Ginecologia e Obstetria; e os programas que têm profissionais há menos tempo atuando como preceptores são os de Residência em Medicina de Família e Comunidade, Residência Médica em Ginecologia e Obstetria e Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher.

Na sequência, são apresentados dados dos respondentes preceptores da Residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil e Espanha. O somatório de respondentes foi de 191 pessoas, sendo 85 brasileiros (45%) e 106 espanhóis (55%).

Faz-se necessária uma caracterização geral dos respondentes espanhóis aos questionários eletrônicos (elementos de contexto que ajudam a interpretar suas respostas serão apresentados nos capítulos 3 e 8). A tabela 8 apresenta dados demográficos e de inserção institucional dos preceptores espanhóis participantes.

Tabela 8 - Algumas características dos preceptores espanhóis

Variáveis	Residência MFC Espanha	
	Nº	%
<i>Número de participantes</i>	106	-
<i>Sexo</i>		
Masculino	45	42,5
Feminino	61	57,5
<i>Faixa etária do preceptor (em anos)</i>		
Até 40	2	1,9
41 a 50	36	34,0
51 ou mais	67	63,2
Ignorado	1	0,9
<i>Mediana (em anos)</i>	54	-
<i>Titulação acadêmica concluída</i>		
Graduação	2	1,9
Especialização	82	77,4
Mestrado	3	2,8
Doutorado	17	16,0
Ignorado	2	1,9
<i>Professor associado na Universidade</i>		
Sim	4	3,8
Não	101	95,3
Ignorado	1	0,9
<i>Atua profissionalmente em outra instituição e/ou consultório particular</i>		
Não	74	69,8
Sim (*)	31	29,2
Instituição pública	29	93,5
Instituição privada	1	3,2
Consultório particular	1	3,2
Ignorado	1	0,9
<i>Preceptor de estudantes de graduação em Medicina</i>		
Sim	66	62,3
Não	39	36,8
Ignorado	1	0,9
<i>Vínculo empregatício na instituição em que atua como preceptor</i>		
Estatutário	95	89,6
Outros	11	10,3
<i>Tempo na instituição na qual atua como preceptor (em anos)</i>		
Até 1	0	0,0
2 a 4	2	1,9
5 ou mais	102	96,2
Ignorado	2	1,9
<i>Tempo médio na instituição na qual atua como preceptor</i>	22	-

continua...

continuação

<i>Tempo em que iniciou atividade como preceptor(a) de residentes (em anos)</i>		
Até 1	7	6,6
2 a 4	15	14,2
5 ou mais	83	78,3
Ignorado	1	0,9
<i>Tempo médio em que iniciou atividade como preceptor(a) (em anos)</i>	11	-
<i>Número de residentes sob sua responsabilidade</i>		
1 ou 2	87	82,1
3 ou 4	7	6,6
5 ou mais	5	4,7
Ignorado	7	6,6

*Os percentuais abaixo da opção Sim referem-se à distribuição das respostas afirmativas

Os 106 preceptores espanhóis estão distribuídos nas oito províncias andaluzas. A maioria também é do sexo feminino, sendo faixa etária predominante igual ou superior a 51 anos, o que pode indicar maior maturidade e experiência do profissional. A maior parte dos preceptores não atua profissionalmente em outra instituição de saúde, tendo vínculo estatutário na secretaria de Saúde, instituição em que exerce a preceptor(a), com carga horária contratual de 37,5 horas semanais. A média de residentes sob sua responsabilidade por ocasião da coleta de dados foi de dois.

O presente livro, baseado na Pesquisa PREPG, está organizado em nove capítulos. Na sequência da presente introdução, o capítulo 2 descreve e problematiza elementos do contexto normativo brasileiro no qual se insere a oferta das Residências Médica e em Área Profissional. O capítulo 3 trata das características da regulação e oferta da residência médica na Espanha. O capítulo 4 apresenta e discute os principais resultados obtidos através da coleta de dados via questionário *on line*, nos dois países. Em seguida, o capítulo 5 aprofunda a discussão sobre pesquisa, com base em dados qualitativos e quantitativos. O sexto capítulo dedica-se a sintetizar, apresentar e debater o material obtido em visita a três províncias espanholas onde foram entrevistados gestores, preceptores e residentes. O capítulo 7 problematiza a gestão da residência no Brasil atualmente, e o capítulo 8 traça uma comparação do referencial normativo-jurídico da ordenação da formação pós-graduada no modelo residência no Brasil e na Espanha. Por fim, o capítulo 9 destaca alguns elementos de análise e aponta possíveis desdobramentos da pesquisa.

Referências

AGUIAR, A. C. Assistência integral à saúde da mulher: a ótica dos profissionais de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*. Salvador, v. 22, n. 1/4, jan./dez. 1996.

ASSOCIATION OF MEDICAL SCHOOLS IN EUROPE. Disponível em: <<http://www.amse-med.eu/documents/NewLisbondeclaration.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1001, de 22 de outubro de 2009. Instituiu o Programa Nacional de apoio a formação de médicos especialistas em áreas estratégicas. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de outubro de 2009. Seção 1. p. 9.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 de março de 2010. Seção 1. p. 53.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNRM nº 2, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 maio de 2006. Seção 1. p. 23-56.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29. mar. 2006. Seção 1, p. 71.

_____. Ministério da Saúde. *Programa de assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983. (Série B. Textos Básicos de Saúde, 6).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Consejería de Salud de Andalucía (Espanha). *Plan estratégico de formación integral del sistema sanitario público de Andalucía*. Sevilha, 2009. Disponível em < http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/plan_formacion/plan_formacion>. Acesso em 15 jun. 2016.

- FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia*. 42. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2010.
- HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. *Ethnography: principles in practice*. 3rd ed. London ; New York: Routledge, 2007.
- HEFLIN, M. T. et al. "So you want to be a clinician-educator...": designing a clinician-educator curriculum for internal medicine residents. *Medical Teacher*, v. 31, n. 6, June 2009.
- MAXWELL, J. A. *Qualitative research design: an interactive approach*. 3rd. ed. Los Angeles: SAGE, 2013. (Applied Social Research Methods, v. 41).
- NUNES, M. P. T. N. et al. A residência médica, a preceptoría, a supervisão e a coordenação. *Cadernos ABEM*, v. 7, p. 35-40, out. 2011
- PATTON, M. Q. *Qualitative research & evaluation methods*. 3rd ed. Thousand Oaks, Califórnia: SAGE, 2002.
- R FOUNDATION. R: A language and environment for statistical computing. Disponível em: <<http://www.Rproject.org/>>. Acesso em: 20 fev. 2014.
- SOARES, A. C. P. A importância da regulamentação da preceptoría para a melhoria da qualidade dos programas de residência médica na Amazônia Ocidental. *Cadernos ABEM*, v. 9, p. 14-23, out. 2013.
- TRIOLA, M. F. *Introdução à estatística*. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- WALLING, A. D.; SUTTON, L. D.; GOLD, J. Administrative relationships between medical schools and community preceptors. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, v. 76, n. 2, p. 184-187, Feb. 2001.
- WUILLAUME, S. M. *O processo ensino-aprendizagem na residência em Pediatria: uma análise*. 2000. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

2. Referências político-institucionais e normativas da oferta de programas de residência no Brasil

ELAINE FRANCO DOS SANTOS ARAUJO
ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR
ROSANI PAGANI
VICTORIA MARIA BRANT RIBEIRO
ADRIANA MARIA BRANT RIBEIRO MACHADO

O ordenamento da formação dos recursos humanos da área de saúde é um dos preceitos constitucionais que informaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido no inciso III do Artigo 200 da Constituição Federal brasileira (1988). Sua operacionalização, no entanto, ainda enfrenta obstáculos. Os programas de residência (médica, uniprofissional e multiprofissional) experimentaram avanços, fortalecendo-se nos últimos anos como modalidade formativa com forte carga de treinamento em serviços de saúde, que demanda intensa articulação entre os sistemas educacional e de saúde no Brasil. Neste capítulo, serão destacados alguns marcos político-institucionais e normativos que influenciam a existência desses programas no Brasil, de modo a situar alguns dos desafios atuais.

Até a década de 1960, os programas de residência se concentraram em hospitais universitários e hospitais públicos (RIBEIRO, 2011). Os primeiros programas brasileiros de residência médica datam de 1944. Foram criados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), em áreas de Cirurgia, Clínica Médica e Físio-Biologia Aplicada. Em 1948, o Hospital dos Servidores do Estado (RJ) iniciou seu programa de residência médica.

A subsequente multiplicação de programas pelo país decorreu de fatores como “o desenvolvimento tecnológico e científico [da medicina no país], as pressões das indústrias de medicamentos e equipamentos sobre a organização do trabalho médico e os movimentos em favor da criação de novas escolas e do aumento de vagas para Medicina nas universidades (RIBEIRO, 2011, p. 3).

O mercado de trabalho favoreceu a busca pela especialização, em especial pelo modelo adotado na assistência médica da Previdência Social. A ampliação da oferta de vagas de residência fortaleceu essa tendência na formação especializada dos médicos e alimentou

a “concentração de profissionais nas capitais e nas regiões mais desenvolvidas do país, gerando a partir de então problemas crônicos de distribuição dos médicos no território” (RIBEIRO, 2011, p. 3).

A regulamentação da residência médica foi impulsionada por movimentos reivindicatórios dos residentes na década de 1970, desencadeados pela inexistência de um sistema de regulação e monitoramento dos programas, e pela baixa remuneração desses profissionais. Buscando superar algumas dessas lacunas, o Decreto nº 80.281 (BRASIL, 1977) regulamentou a residência médica e criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Em 1981, a Lei nº 6.932, art. 1º (BRASIL, 1981), definiu a residência médica como “modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional”.

A criação de programas de residência uniprofissional (sobretudo para egressos de cursos de Enfermagem) data dos anos 1960. Segundo Ferreira e Olschowsky (2010), a primeira Residência em Enfermagem foi criada em 1961, no Hospital Infantil do Morumbi (SP), e apenas a partir da década de 80 desenvolvem-se programas de residência em Medicina Veterinária e Cirurgia Buco-Maxilo-Facial (incorporando dentistas).

Em 1977, ocorreu a incorporação oficial de várias categorias profissionais num Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS), reconhecido como a primeira Residência Multiprofissional do Brasil (CECCIM; ARMANI, 2001). A iniciativa inovadora ocorreu na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS), no Centro de Saúde Escola Murialdo, e ofereceu vagas para enfermeiros, assistentes sociais e médicos veterinários (MÜLLER; SILVA; HAAG, 2001), propondo formar profissionais com uma visão ampliada e integrada entre clínica, saúde mental e saúde pública (MARTINS et al., 2010).

Paralelamente, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) realizou, em 1978, um seminário sobre a residência, no Rio de Janeiro, propondo normas para essa modalidade de pós-graduação (BARROS; MICHEL, 2000). Diversas experiências de residência de Enfermagem

e de outras categorias profissionais ocorreram anteriormente ao estabelecimento de consensos ou regulamentação específica, sendo que nas décadas de 1970/1980 as instâncias de representação da Enfermagem realizaram diversos eventos buscando pactuar uma proposta de regulamentação.

Em 2005, a Lei nº 11.129 (BRASIL, 2005a) regulamentou a Residência em Área Profissional da Saúde, que abrange residências uni e multiprofissionais (com exceção da residência médica) e criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde (CNRMS), instituída no Ministério de Educação, pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/2007 (BRASIL, 2007b) com representação de preceptores e tutores. A criação da comissão fomentou o movimento de definir e aplicar marcos pedagógicos, políticos e conceituais para qualificar essa estratégia de formação. Em 2009, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077/2009 (BRASIL, 2009b) modificou a composição da CNRMS, de novo alterada em 2014 pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 16/2014 (BRASIL, 2014a) atualizando as representações, seguindo o novo organograma dos Departamentos dos Ministérios da Saúde e da Educação, incluindo o perfil de preceptor e tutor, e alterando a forma de indicação de membros, principalmente dos representantes dos seguimentos de residentes, preceptores/tutores e coordenadores. Esta última portaria reafirmou a residência como modalidade de ensino de pós-graduação *“lato sensu”*, sob forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde, com carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos, em regime de dedicação exclusiva.

A implantação da Residência em Área Profissional de Saúde objetivou favorecer a cooperação intersetorial (responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde) e facilitar o provimento e fixação de profissionais em programas, projetos, ações, atividades e em regiões prioritárias do SUS. Atualmente, os programas de Residência em Área Profissional de Saúde podem abranger profissões como Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Física Médica e Saúde Coletiva (BRASIL, 2009b).

Entre os anos de 2005 e 2011, os Ministérios da Saúde e da Educação, em parceria com a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, promoveram quatro seminários nacionais sobre residência multiprofissional e em área profissional da saúde, fomentando o debate, a reflexão e a (re)definição dos princípios e diretrizes nacionais para os programas de residência em área profissional da saúde. Os seminários contaram com a participação de diversos segmentos interessados: coordenadores de programa, tutores, preceptores, docentes, residentes, gestores de saúde, representação dos Ministérios da Saúde e da Educação, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Câmara Técnica da CNRMS, conselhos e associações profissionais das diversas categorias, a CNRMS, entre outros.¹

O I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (2005) deu início à reflexão coletiva, avançando na obtenção de subsídios para estabelecer estratégias para construção da multidisciplinaridade, diretrizes nacionais para a residência multiprofissional, composição da CNRMS e de seu sistema de informação. O II Seminário Nacional (2006) debateu diretrizes e princípios que balizaram o movimento pela institucionalização da Residência em Área Profissional da Saúde. Deliberou pela instituição de um Grupo de Trabalho que sistematizou os documentos do seminário e propôs a minuta da Portaria Interministerial nº 45/2007, que instituiu a CNRMS e as diretrizes para o credenciamento de programas. O III Seminário Nacional (2008) pactuou mecanismos de acompanhamento, regulação e avaliação das residências em área profissional da saúde. O IV Seminário Nacional (BRASIL, 2011) objetivou refletir sobre os avanços e desafios da política de residências em saúde visando à qualificação profissional para o SUS, pautando os seguintes temas: concepção político-pedagógica dos programas; gestão, regulação, avaliação e acompanhamento; política de financiamento; participação social. Deste seminário, foi criado grupo de trabalho que rediscutiu alguns pontos da Portaria nº 1077/2009.

1 BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. IV Seminário Nacional sobre Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde: experiências, avanços e desafios. 2011. Mimeo.

Atualmente, os programas de residência em área profissional devem estar orientados pelos princípios e diretrizes do SUS e pelas necessidades e realidades locais e regionais, contemplando os eixos norteadores preconizados na Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077/2009 e na Resolução nº 2/2012 (BRASIL, 2012), que incluem, entre outros pontos:

- concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito um ator social responsável por seu processo de vida, inserido em um ambiente social, político e cultural;
- estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos de gestão, da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral e interprofissional;
- integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários;
- integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde;
- estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando ao desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas a sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS.
- ênfase no aprimoramento, qualificação e ampliação da clínica na assistência.

As residências multiprofissionais representam um avanço potencial na formação de profissionais aptos ao trabalho em equipe, identificação e atenção às necessidades de saúde da população, o que implica:²

- acompanhar as mudanças epidemiológica, etária e do desenvolvimento humano no Brasil;

2 MAMEDE, M. V. et al. *Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (Projeto Piloto)*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2012. Mimeo.

- fomentar mudança do modelo de atenção pautado nas boas práticas, na humanização e em evidências científicas;
- promover intervenção social e reflexão do residente sobre a própria atitude profissional, ética e política;
- contribuir na busca de respostas a problemas identificados na organização do processo de trabalho em saúde;
- possibilitar a atuação em relação ao indivíduo e ao coletivo de forma contextualizada à realidade local;
- constituir cenário de integração de práticas das diferentes áreas, campos e núcleos de conhecimento³;
- contribuir para o desenvolvimento de uma prática clínica integrada, com base na interdisciplinaridade e na interprofissionalidade.

Nesse contexto, espera-se que os programas de residência estejam inseridos nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, tanto no que se refere à vivência prática, como também em relação à possibilidade de potencializar as discussões e reflexões geradas acerca de seus conceitos e práticas. As RAS foram definidas, segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 4.279/2010, como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Têm objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com atenção contínua, integral, de qualidade, pelo cuidado multiprofissional, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica” (BRASIL, 2010).

Após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011, foram definidas algumas redes temáticas prioritárias para o SUS, a saber: Atenção Psicossocial (com prioridade para o enfrentamento do álcool, crack, e outras drogas); Atenção às Urgências e Emergências; Cegonha; Cuidados à Pessoa com Deficiência; Atenção à Saúde das

³ Campo é o conjunto de saberes e práticas comuns a várias profissões ou especialidades de determinada área do conhecimento; núcleo é o conjunto de saberes e práticas específico de cada profissão ou especialidade (CAMPOS, 2000).

Pessoas com Doenças Crônicas (ênfase na atenção ao câncer) e a Área da Atenção Básica. Em todas, a residência exerce papel importante no desenvolvimento de competência na formação dos profissionais de saúde, especialmente para atender às políticas do SUS.

Outros elementos de contexto que impulsionaram a regulamentação das residências em área profissional de saúde incluem a 10^a Conferência Nacional de Saúde (1996), as Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de graduação na área da saúde (DCN), homologadas pelo Conselho Nacional de Educação entre 2001 e 2004 (sendo as de Medicina revistas em 2014), e a criação, no Ministério da Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003.

A 10^a Conferência Nacional de Saúde reafirmou que a política de recursos humanos deve contemplar a composição de equipes multiprofissionais de saúde, a avaliação de desempenho das equipes e a educação continuada, entre outros. No que tange à qualificação dos trabalhadores em saúde, esta conferência determinou que o “Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de Saúde deveriam promover programas permanentes de capacitação, formação, educação continuada, reciclagem e motivação das equipes e dos profissionais. E mais, o Ministério da Saúde foi chamado a assumir a responsabilidade legal na ordenação da formação de recursos humanos para a saúde, junto com o Ministério da Educação” (PIERANTONI et al., 2012, p. 39).

As DCN, por sua vez, foram objeto de audiências públicas, mobilizando associações de ensino, gestores, docentes e estudantes (fomentando inclusive a criação do Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área de Saúde – FNEPAS), promovendo grande debate sobre a formação dos recursos humanos afins aos princípios do SUS, o que inclui o fortalecimento da multiprofissionalidade.

A criação da SGTES foi estruturante do Ministério da Saúde, no sentido de operacionalizar o princípio constitucional da ordenação da formação pelo SUS, tendo fomentado a interlocução entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Com a SGTES, “o Ministério assume efetivamente seu papel de gestor federal do SUS, no que se refere à formulação de políticas orientadoras da formação e desenvolvimento em saúde e ao planejamento, gestão e regulação da força de trabalho em

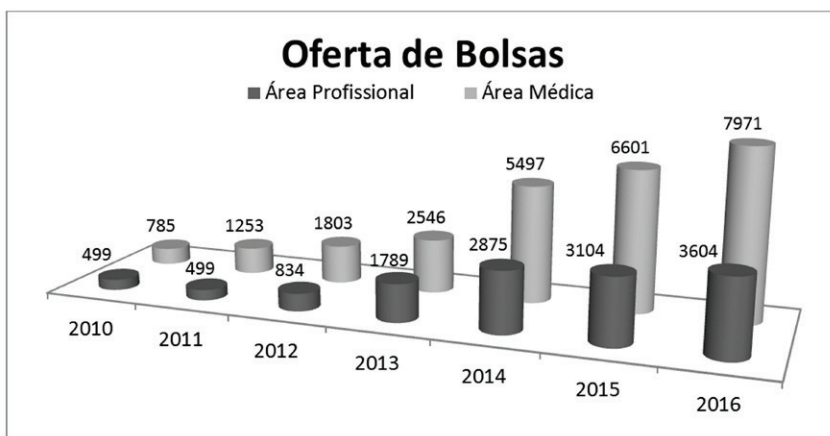
saúde” (PIERANTONI et al., 2012, p. 49). A criação da SGTES significou uma perspectiva de articulação orgânica entre educação e trabalho, promovendo iniciativas que articulem a rede de serviços, a gestão e o controle social do SUS com instituições formadoras de profissionais de saúde. Iniciativas de indução de mudanças na formação em saúde, em nível da graduação, incluíram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, criado pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101/2005 (BRASIL, 2005b), que visava ampliar o incentivo para induzir a implantação das DCN, e o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET Saúde), instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802/2008 (BRASIL, 2008), com vistas ao avanço da consolidação das mudanças provocadas pelo Pró-Saúde (CYRINO, 2014). Atualmente, a SGTES está estruturada em três Departamentos: da Gestão da Educação em Saúde (DEGES), da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e do Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS), este último criado em 2013 e onde são tratados vários elementos de interesse para o funcionamento de programas de residência.

Merece destaque, ainda, a criação da Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, por meio do Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007 (BRASIL, 2007a), com função consultiva em relação à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, em conformidade com as políticas nacionais de educação e saúde e os objetivos, princípios e diretrizes do SUS. Essa comissão foi composta pelos Ministérios da Educação e da Saúde, CONASS e CONASEMS, tendo como principal objetivo ordenar a formação de RH para a saúde, a partir das reais necessidades do SUS e da população, indicando diretrizes de formação na área e os fundamentos para renovação e reconhecimento de cursos superiores, assim como para expansão do ensino profissional (PIERANTONI et al., 2012, p. 62). Sua operação, no entanto, vem sofrendo flutuações.

O Ministério da Saúde vem apoiando e financiando programas de residência em saúde, inicialmente por meio de convênios com diversas instituições, e a partir de 2009, mediante financiamento direto de bolsa aos residentes (conforme estabelecido pela Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.077, que criou o Programa Nacional de Bolsas para Residências em Área Profissional da Saúde). Além disso, através da

Portaria Interministerial nº 1.001/2009, foi criado o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – Pró-Residência (BRASIL, 2009a). Assim, por meio de diversos editais, o MS vem oferecendo bolsas para residentes em instituições (de saúde e de educação) públicas do Distrito Federal, estaduais e municipais, bem como em instituições privadas sem fins lucrativos. O MEC segue arcando com bolsas de residência de programas oferecidos por instituições federais de ensino superior. Cabe aos estados, Distrito Federal, municípios e demais instituições proponentes, públicas ou privadas, financiarem bolsas de seus respectivos programas, por iniciativa própria, caso não sejam contempladas ou não se habilitarem aos critérios dos editais.

O objetivo do financiamento por edital foi favorecer a formação em especialidades e regiões prioritárias, de acordo com as demandas apresentadas pelos gestores do SUS. Segue a evolução, por edital, da concessão de bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde, de Residência Médica e Residência em Área Profissional da Saúde de 2010 até 2016.



Fonte: SIGRESIDÊNCIAS - MS/2016.

Sobre as atividades de ensino-aprendizagem, em 2012, com base na Resolução CNRMS Nº 2, foi feita uma importante definição das atribuições e papéis de tutores e preceptores da residência em Área Profissional de Saúde, visando dirimir diversas dúvidas de profissionais envolvidos com o ensino em serviços e dos próprios residentes. O Artigo

II estabelece a existência do tutor de Núcleo e do tutor de Campo. O primeiro está voltado para o núcleo específico de atuação profissional, enquanto o segundo exerce funções de ensino no âmbito do campo de conhecimento, integrando núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa.

A função de tutor, seja de núcleo ou de campo, caracteriza-se pela orientação acadêmica de preceptores e residentes, devendo ser exercida por profissional com título de mestre e experiência profissional de, no mínimo, três anos. Já a função do preceptor caracteriza-se pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, a ser exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. O preceptor deve ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática (podendo esta regra não ser aplicada em programas, áreas de concentração ou estágios voltados às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados na área de atuação específica, como por exemplo: gestão, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, ambiental ou sanitária, entre outras).

No contexto da implementação do DEPREPS no âmbito do MS, foi criado o *Programa Mais Médicos*, antecedendo a aprovação, pelo Congresso Nacional, da Lei nº 12.871 (BRASIL, 2013), conhecida como Lei do Mais Médicos, que regula elementos da formação de graduação, de pós-graduação e da provisão de médicos em território nacional. A iniciativa está estruturada em três eixos de ação: o primeiro prevê o investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, particularmente nas unidades básicas de saúde. O segundo define a ampliação de vagas e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica no país. O terceiro, intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), regula a provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis (OLIVEIRA et al., 2015).

A Lei nº 12.871 demandou, ainda, a revisão das DCN para a graduação médica, realizada pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) em 2014, reforçando a importância da formação na Atenção Primária à Saúde (APS), do trabalho em redes de atenção e da parceria ensino-serviço-comunidade, além de indicar estratégias para reforçar

a formação docente e de preceptores. As novas DCN da Medicina estão desenhadas com base em três eixos de prática: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação na Saúde, que devem informar o processo formativo, indicando metodologias que privilegiam a participação do aluno na construção do conhecimento (CYRINO et al., 2015). Paralelamente às mudanças na formação de médicos para a atenção primária à saúde, existe a expectativa de reformulação das diretrizes curriculares de graduação para as outras profissões da área da saúde.

Além da Lei 12.871/2013, outras importantes regulamentações da residência médica foram implementadas, mais recentemente, desde o seu início, na década de 1940, no Brasil. Estas normativas visaram a melhor organização e operacionalização dos cursos ofertados, com vistas a garantir a chegada de profissionais médicos cada vez mais capacitados para a assistência médica à população, como por exemplo, a Resolução CNRM 02/2006 – Requisitos Mínimos dos PRMs de RM, que dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências, que no seu Art. 13 define que a avaliação do Médico Residente deve ter frequência mínima trimestral, podendo ser utilizadas as modalidades de prova escrita, oral, prática ou de desempenho por escala de atitudes, que incluam atributos tais como: comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente, interesse pelas atividades e outros a critério da COREME da Instituição, sendo exigido ao final do treinamento, também a critério da Instituição, a entrega de monografia e/ou apresentação ou publicação de artigo científico.

Outro exemplo de normatização mais recente da residência médica, seria a Resolução N° 1, de 25 de maio de 2015, que regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade, onde no Art. 8º, do Título III, define que:

“Os Programas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade deverão contemplar especificidades do Sistema Único de Saúde - SUS, como as atuações na área de: I - Atenção Básica; II - Urgência e Emergência; III- Atenção Domiciliar; IV - Saúde Mental; V - Educação Popular em Saúde e Participação Social; VI - Saúde Coletiva; e VII - Clínica Geral Integral em todos os ciclos de vida. Os programas de residência em Medicina

Geral de Família e Comunidade deverão garantir a diversidade de espaços de formação, tais como: ambulatoriais, comunitários, domiciliares, hospitalares, de pronto-atendimento, de gestão em saúde, de atenção psicossocial e de acesso a meios diagnósticos para a garantia do aprendizado e treinamento em serviço dos médicos residentes.” (Marcial, TM et al., 2016, p. 185)

Neste mesmo contexto da residência médica, outras normatizações regulamentam modificações ocorridas no cenário nacional, como o Decreto Nº 7.562, de 15 de setembro de 2011, que dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de programas e a Resolução Nº 2, de 27 de agosto de 2015, que adequa a legislação da Comissão Nacional de Residência Médica à Lei 12.871/2013, acerca do processo de seleção pública dos candidatos.

No que tange às residências em área profissional, o marco mais recente foi a Resolução nº 7/2014 (BRASIL, 2014b), da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, que regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação dos programas, estabelecendo a certificação específica da residência (não apenas como Especialização).

Há que se ponderar que o planejamento dos processos formativos em rede precisa levar em conta, além das necessidades formativas individuais, a coerência entre educação e políticas de saúde, as necessidades de saúde dos usuários, o desenvolvimento de capacidades clínicas para práticas seguras e resolutivas com base em evidências, e a capacidade da rede de saúde de oferta de serviços, organizada (via carteiras de serviços, diretrizes e/ou protocolos), adequada à relação de custo-efetividade, cuidando ainda de estabelecer estratégias de avaliação pedagógica e das ações de saúde. Como consequência das distintas políticas voltadas para aproximar a graduação dos cenários de prática da rede do SUS, em inúmeros locais há uma pressão do aparelho formador sobre as redes municipais de saúde para oferta de campo de práticas, demandando a estruturação de instâncias de coordenação e pactuação. Esse processo é dinâmico e suscetível às discontinuidades da gestão municipal, com potenciais prejuízos para a atenção prestada e para o ensino.

Atentos para esses problemas, o MS e o MEC publicaram a Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de agosto de 2015, que instituiu diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de

Ação Pública Ensino-Saúde – COAPES (BRASIL, 2015), apontando para a ordenação da relação entre ensino e serviços. Esse pacto aposta no diálogo sistemático entre as instituições de educação superior (IES) e outras, responsáveis pela oferta dos cursos num dado território, com as instâncias de gestão da saúde, viabilizando o planejamento, monitoramento e avaliação de ações e adequada alocação de recursos mediante maior institucionalização dessas relações. Operar a formatação dos COAPES implica capacidade de planejamento para estabelecer um equilíbrio entre oferta e demanda de profissionais de saúde no curto, médio e longo prazos, cabendo considerar os inúmeros interesses envolvidos, o que requer a disponibilidade de profissionais aptos a facilitar as necessárias negociações.

A Portaria do COAPES aponta para o fortalecimento da preceptoria, cabendo ao Ministério da Saúde “promover a formação de preceptores no serviço de saúde, apoiando ações de valorização profissional em parceria com a gestão municipal/estadual de saúde e instituições de ensino.” Compete às instituições de ensino e aos programas de residência em saúde adotar ações de valorização e formação de preceptores, tais como participação em atividades de pesquisa, certificação da atividade de preceptoria, apoio à participação em atividades de educação continuada, como cursos e congressos, e que deverão estar explicitados no COAPES. À gestão em saúde nos âmbitos estadual e municipal compete estimular a preceptoria mediante sua inclusão nas políticas de qualificação e valorização dos profissionais de saúde por meio de gestão de carga horária, incentivos à qualificação profissional, progressão funcional ou na carreira, entre outras possibilidades, considerando indissociável a relação entre ensino e serviço.

Sendo assim, o tema da ordenação da formação vem ganhando espaço, necessitando ser compreendida em sua natureza interdisciplinar, interprofissional, interinstitucional e intersetorial (AGUIAR; DAL POZ; DOMINGUES, 2015); devendo ser identificados seus componentes a serem trabalhados nos anos vindouros.

Referências

AGUIAR, A. C.; DAL POZ, M. R.; DOMINGUES, S. M. (Coord.). *Mestrado profissional em administração em saúde: políticas educacionais e ordenação da formação em saúde*. [Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2015]. (Unidade de Aprendizagem, 11).

BARROS, A. L. B. L.; MICHEL, J. L. M. Curso de Especialização em Enfermagem modalidade residência: experiência de implantação em um hospital-escola. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n.1, p. 5-11, jan. 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. IV Seminário nacional sobre residência multiprofissional e em área profissional da saúde: experiências, avanços e desafios. 2011. Mimeo.

_____. Decreto de 20 de junho de 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, 21 jun. 2007a. Seção 1, p. 16.

_____. 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, 6 set. 1977. Seção 1, p. 11787.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2013. Seção 1.

_____. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jul. 1981. Seção 1, p. 21.

_____. Ministério da Educação. 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] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 dez. 2011. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Educação. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 jul. 2005a. Seção 1. p. 1.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial Nº 1.001, de 22 de outubro de 2009. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2009a. Seção 1, p. 9.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2009b. Seção 1, p. 7.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial Nº 16, de 22 de dezembro de 2014. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010 e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 2014a. Seção 1, p. 21.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial Nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 2007b. Seção 1.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNRM 02/2006, de 17 maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 maio 2011. Seção 1, p. 23-36.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em área profissional de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção 1. p. 24.

_____. Ministério da Educação. Resolução nº 2, de 27 de agosto de 2015. Adequa a legislação da Comissão Nacional de Residência Médica à Lei 12.871/2013, acerca do processo de seleção pública dos candidatos aos Programas de Residência Médica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 agosto 2015c. Seção 1, p. 31.

_____. Ministério da Educação. Resolução nº 7, de 13 de novembro de 2014. Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 nov. 2014b. Seção 1. p. 12-13.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.124, de 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 ago. 2015a. Seção 1. p. 193.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 ago. 2008. Seção 1. p. 27.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 nov. 2005b. Seção 1. p. 111.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88.

_____. Ministério da Educação. Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade – R1 e R2 e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 maio 2015b. Seção 1, p. 11.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. *Divulg. Saúde Debate*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-45, dez. 2001.

CYRINO, E. G. *Mudança curricular na perspectiva da formação na prática do SUS e para o trabalho qualificado no SUS*. 3 out. 2014. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=e7ea71lyMl8>>. Acesso em: 26 nov. 2016. Curso de Especialização em Docência na Saúde.

_____. et al. The Project ‘ Mais Médicos ‘ and training in and for the Brazilian Health System (SUS): why change it? *Esc Anna Nery*, v. 19, n. 1, p. 5-10, 2015.

FERREIRA, S. F. E.; OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 23-34.

MAMEDE, M. V. et al. *Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (Projeto Piloto)*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2012. Mimeo.

MARCIAL, T. M. et al. *Manual para as comissões de residência médica – COREMES: orientações para credenciamento e funcionamento de programas de Residência Médica*. Minas Gerais: Associação de Residência Médica de Minas Gerais, 2016.

MARTINS, A. R. et al. Residência multiprofissional em saúde: o que há de novo naquilo que já está posto. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 75-90.

MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. HAAG, C. B. A residência integrada em saúde: dermatologia sanitária: uma experiência interdisciplinar vista pelo enfoque da psicologia. *Bol. da Saúde*, v. 15, n. 1, 2001. p. 129-137.

OLIVEIRA, F. P. et al. Mais médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.19, n. 54, jul./set. 2015.

PIERANTONI, C. R. et al. *Gestão do trabalho e educação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ; ObservaRH, 2012.

RIBEIRO, M. A. A. Apontamentos sobre residência médica no Brasil. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; Consultoria Legislativa, 2011.

3. Características e perspectivas do modelo espanhol de formação de médicos residentes

JOSÉ-MANUEL FREIRE
ALBERTO INFANTE CAMPOS
ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR
PILAR CARBAJO

Na Espanha e nos demais países da União Europeia, títulos universitários e qualificações profissionais são regulados pelo poder público. A especialização em Medicina, por seu impacto direto na prática profissional e na organização do cuidado à saúde, merece regulamentação específica.

A primeira iniciativa de regulação formal da formação médica especializada na Espanha data de 1955; antes disso, a residência era delegada a universidades, desenvolvendo-se em condições bastante variáveis nos chamados “Institutos de Especialização” existentes em algumas cátedras de escolas de Medicina. Durante os anos 60, ocorreu a expansão da oferta de serviços de saúde da Seguridade Social, especialmente em nível hospitalar, demandando médicos de diversas especialidades. Assim a Seguridade Social introduziu, em alguns de seus hospitais, um Sistema de Residência (SR) para treinar seus próprios médicos. No final da década, os médicos de vários hospitais (como o Hospital de Basurto, em Bilbao; Valdecilla, em Santander; Santa Cruz y San Pablo, em Barcelona; a Fundação Jiménez Díaz e a Clínica Puerta de Hierro, de Madrid, entre outros) criaram o “Seminário de Hospitais com Pós-graduação” (ARANA, 2002). Suas recomendações teóricas e conceituais estabeleceram a base do atual sistema de formação especializada.

No início dos anos 80, a residência médica foi regulada no Serviço de Saúde da Seguridade Social como sistema de aprendizagem através da prática profissional supervisionada e programada, voltada para aquisição progressiva de conhecimentos, habilidades e atitudes/responsabilidades necessárias para formar um especialista independente (ESPANHA, 1966). Na sequência, o Decreto Real nº 2015/1978 (ESPANHA, 1978) regulou as especialidades médicas na Espanha, com

as seguintes características: **a)** estabelecimento do sistema hospitalar de residência como a rota oficial para especialização médica; **b)** definição de uma nova lista oficial com 51 especialidades médicas; **c)** criação de um Conselho Nacional de Especialidades Médicas (CNEM) e uma Comissão Nacional (CNE) para cada especialidade; **d)** estabelecimento de sistema de acesso por mérito mediante um concurso anual de âmbito nacional; **e)** a atribuição da responsabilidade de formação dos médicos especialistas ao Ministério da Saúde (ainda que o Ministério da Educação mantenha a prerrogativa de emissão dos certificados).

O Decreto Real nº 2015/1978 avançou na consolidação da residência médica, embora não tenha abolido totalmente o sistema antigo: a formação em três especialidades médicas se manteve no âmbito das universidades até 2015. No entanto, como a Seguridade Social era o principal empregador de médicos, cursar a residência tornou-se condição para trabalhar como médico especialista em hospitais públicos.

Por ocasião da entrada da Espanha na União Europeia (1986), um novo Decreto Real (ESPANHA, 1984) regulando a especialização médica foi publicado, endossando iniciativas estabelecidas em 1978, definindo 49 especialidades médicas, criando um sistema unificado, em nível nacional, de residência médica, incluindo a acreditação de instituições de saúde para o ensino. Foi regulada, à época, a formação em “Medicina Familiar e Comunitária”, sendo oferecidas alternativas de titulação aos médicos que já se encontravam em exercício. Sendo assim, desde então a formação de residentes na Espanha se assenta em cinco pilares (a serem abordados na sequência): o trabalho da Comissão Nacional de Especialidades Médicas e da Comissão Nacional de cada especialidade; o Programa Oficial de cada especialidade; a acreditação de serviços de saúde para oferta da residência médica; o processo seletivo, com base num exame nacional unificado, e a avaliação do residente.

O Conselho Nacional de Especialidades Médicas (CNEM) é formado pelos presidentes das 47 Comissões Nacionais de Especialidades (CNE). Cada CNE é composta por 13 médicos,

nomeados por: sociedades científicas de cada especialidade¹, pela Organização Espanhola de Conselhos de Medicina, pela Comissão de Recursos Humanos do Sistema Nacional de Saúde, pelo Ministério da Educação. Dois membros de cada CNE são residentes eleitos por seus pares. No conjunto, o CNEM e as CNEs compõem um grupo de mais de 500 médicos ativamente envolvidos na formação de residentes. As CNEs se reúnem duas ou três vezes por ano, além das reuniões do CNEM, e de suas Comissões Permanentes e diferentes grupos de trabalho. Tanto o CNEM quanto as CNEs são também órgãos consultivos dos Ministérios da Saúde e da Educação, com competências e responsabilidades legais. Seu caráter profissional e técnico, além de sua dedicação ao longo dos anos, concedeu-lhes grande prestígio e credibilidade.

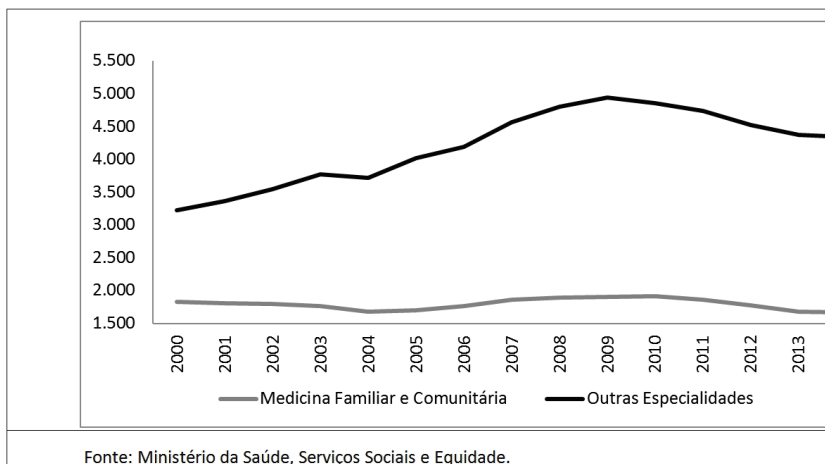
Cada especialidade médica conta com um Programa Oficial de Formação (POF), elaborado pela respectiva CNE, que estabelece o conhecimento, habilidades, conteúdos e práticas inerentes à formação especializada. Os POFs foram publicados no Boletim Oficial do Estado (BOE) entre 2005 e 2011. A atualização mais recente é a de Oncologia Médica, desenvolvida em resposta à Diretiva da União Europeia nº 2005/36-CE (abril de 2013). A duração dos programas é de quatro anos para a maioria das especialidades clínicas, incluindo Medicina de Família e Comunidade, e cinco anos para as especialidades cirúrgicas, medicina interna, cardiologia, medicina de cuidados intensivos e oncologia médica.

O gráfico 1 mostra a evolução, durante os últimos dez anos, do número de vagas para novos residentes (conhecido como formação MIR), destacando a Residência em Medicina Familiar e Comunitária.

Instituições de saúde interessadas em oferecer formação de médicos residentes precisam passar por processo formal de acreditação.

¹ A maioria das atuais sociedades científicas são associações de especialidades médicas criadas para promover e compartilhar conhecimento e habilidades de cada especialidade através de revistas e jornais, reunião científica, etc. Não têm poder regulamentar, embora desfrutem de reconhecimento oficial.

Gráfico 1 - Evolução da oferta de vagas de Residência Médica na Espanha



Os requisitos para autorização oficial para a formação de médicos especialistas são aprovados pelo CNEM, estando submetidos a revisões periódicas. A acreditação inclui auditorias em que equipes de especialistas (externos à instituição auditada) realizam inspeção *in loco* e apresentam relatório ao Comitê de Auditoria da CNEM (que pode iniciar, se necessário, um processo que conduza à retirada da acreditação). A acreditação concedida a uma “unidade de formação especializada” estabelece o número máximo de vagas de formação, em conformidade com os requisitos da UE. Em julho de 2013, 183 centros de saúde estavam credenciados (abrangendo 2.800 serviços) para treinamento de especialistas.

A seleção dos candidatos acontece todos os anos, num calendário previamente divulgado. O processo se inicia pela aprovação do número de vagas a serem oferecidas, com base na capacidade formativa das instituições acreditadas, na necessidade de especialistas informada pelas autoridades de saúde das comunidades autônomas (regiões), e na capacidade de financiamento (95% vagas são financiadas pelo setor público, em especial pelas comunidades autônomas). Ao estabelecer o número de vagas disponíveis, as comunidades autônomas assumem importante papel regulador, junto com a CNEM, a Comissão de Recursos Humanos do Conselho Territorial Nacional de Serviços de

Saúde e do Ministério da Saúde. Desde 2014, o Ministério da Saúde pode modificar o número de vagas proposto pelas comunidades autônomas, de acordo com a análise das necessidades gerais do país.

O estabelecimento do número de vagas de residência por especialidade em nível nacional é hoje o principal instrumento de planejamento da força de trabalho médico na Espanha, e sua importância não pode ser subestimada (outro instrumento relevante é a oferta de vagas na graduação em Medicina). O processo seletivo da residência baseia-se nos princípios constitucionais da igualdade, mérito e capacidade para o emprego público. Um exame competitivo nacional acontece desde em 1979, e foi regulamentado em 1989. O regulamento em vigor foi estabelecido em 2003 (ESPAÑA, 2003), sendo atualizado pela última vez em 2014 (BRASIL, 2003, 2014). O processo de seleção é baseado em um teste de conhecimento, que pesa 90% na pontuação final, e no desempenho acadêmico dos candidatos na graduação, que pesa 10%. Tradicionalmente, o exame consistia num teste de múltipla escolha com 225 perguntas e duração máxima de cinco horas, e mais recentemente, o exame foi revisto para incluir problemas de raciocínio clínico e interpretação de exames laboratoriais e de imagem. Desde 2012, foi estabelecida pontuação mínima para aprovação, e 7% dos postos são reservados para candidatos com necessidades especiais.

Esse procedimento gera uma classificação de todos os candidatos no país, e aqueles mais bem colocados têm preferência na escolha da especialidade e da instituição formadora, deixando para os mais mal classificados as vagas remanescentes. O processo de seleção é projetado para ser transparente, justo e seguro (MARTÍNEZ; MARCO, 2012), o que implica transparência das etapas e em tornar públicos os critérios para elaboração da prova, publicação do gabarito com respostas corretas, e na oferta de oportunidade de revisão da correção da prova.

Por fim, a avaliação do desempenho dos residentes tem critérios gerais estabelecidos em 2008 (ESPAÑA, 2008) incorporando sugestões dos preceptores (IV ENCUESTRO..., 2007). O processo de avaliação envolve as chefias de serviço (“Unidades Clínicas de Treinamento”) e o preceptor (“tutor”) responsável pelo residente, num processo de preceptoria bastante estruturado (ROMERO-SÁNCHEZ; ANZA-AGUIRREZABALA; SAURA-LLAMAS, 2012). A cada ano, a

Comissão de Avaliação de cada Unidade Clínica de Treinamento deve avaliar os residentes com um dos seguintes conceitos: insuficiente, suficiente e excepcional (*outstanding*).

No caso de obtenção de conceito “Insuficiente”, o residente tem direito a um período de recuperação (de três meses), ao fim do qual é submetido a nova avaliação. Os procedimentos de avaliação estão detalhados no “Livro do Residente”, documento no qual as etapas da especialização são registradas, incluindo participação em atividades clínico-cirúrgicas, didáticas e de pesquisa (ou qualquer outra atividade de interesse). Cada atividade registrada deve ser rubricada pelo supervisor responsável pela atividade, com as devidas observações. Desde 2008, os próprios residentes avaliam o processo educacional, o que inclui uma pesquisa sobre níveis de satisfação. A avaliação busca adotar uma variedade de mecanismos de retroalimentação que podem levar à revisão de componentes da regulação da residência (RUIZ-MORAL, 2008; SCHLATTER, 2013).

Cabe lembrar que os residentes na Espanha têm estatuto de profissionais contratados com dedicação exclusiva, respondendo por importante parcela do trabalho assistencial em hospitais e centros de saúde, sob supervisão. Seu contrato especial prevê cobertura pela Seguridade Social ao longo da residência e seguro desemprego, caso não encontrem trabalho ao fim do treinamento. Os direitos e deveres do residente são compatíveis com o estabelecido pela regulação da especialidade (ESPANHA, 1984, 2003, 2006, 2008).

Discussão

Um modelo de formação de residentes dinâmico como no caso da Espanha merece ser analisado à luz de três elementos de contexto:

A ampliação da residência para outras profissões da saúde

Atualmente, a residência forma médicos especialistas e outros profissionais de saúde, incluídos de acordo com Decretos Reais específicos: farmacêuticos (1982), radiologistas (1997), psicólogos (1998), químicos, biólogos e bioquímicos (2002), enfermeiras (2005). Como consequência, o sistema de formação foi renomeado como

“Treinamento Especializado em Saúde”, e a Comissão Nacional de Especialidades Médicas passou a compor a Comissão Nacional de Ciências da Saúde, após a inclusão de novas Comissões Nacionais.

O agrupamento de especialidades num tronco comum (“troncalidade”)

Em seu Artigo 19, a Lei nº 44/2003 (Lei de Ordenação das Profissões Sanitárias) prevê o agrupamento de especialidades médicas de acordo com o critério de afinidade. A criação de especialidades “troncais” busca reverter a especialização precoce, que acaba demandando a absorção de uma miríade de especialidades para plena cobertura dos serviços assistenciais, elevando custos.

A troncalidade estabelece um período de treinamento comum a várias especialidades do mesmo tronco, fomentando a competência para atenção ampliada e para o trabalho em equipe. Além disso, a troncalidade facilita a reespecialização dentro do mesmo tronco, o que pode ser interessante para muitos médicos, e aumenta a adaptabilidade do sistema de saúde às necessidades da população. Esse novo mecanismo para a especialização médica já estava previsto nos Artigos 24, 25 e 29 da mencionada lei, mas conflitos de interesses profissionais condicionaram um longo debate (GUAL, 2010) que antecedeu sua regulação pelo Decreto Real nº 639/2014, publicado em julho de 2014 (ESPANHA, 2014).

A continuidade do processo educacional

Um desafio que se coloca é o da crescente integração entre momentos formativos, desde a graduação até o final do exercício profissional. O Espaço Europeu de Educação Superior (conhecido como “Processo de Bolonha”) demanda um ano de internato ao final da graduação em Medicina (MURILLO, 2009; PRAT-COROMINAS; ORIOL-BOSH, 2011), o que começou a ser implantado na Espanha no ano letivo de 2008-2009. Cabe analisar a relação entre esse internato (oferecido por instituições de educação) e as residências (oferecidas nas instituições de saúde).

Além disso, a Lei nº 44/2003 (Artigo 33 e outros) estabelece que

a Educação Médica Continuada (EMC) é um direito e uma obrigação dos médicos ao longo do exercício profissional, sendo acompanhada por uma comissão (também estabelecida na Lei) composta por representantes das 17 comunidades autônomas e pelo Ministério da Saúde (também demanda acreditação de instituições, bem como de programas e atividades educacionais).

A recertificação periódica dos profissionais especialistas ainda não é obrigatória, ainda que algumas sociedades de especialistas ofereçam programas de recertificação voluntária. Mais recentemente, a OMC (Organização Espanhola de Escolas de Medicina) criou um projeto para desenvolver mecanismos de recertificação voluntária em nível nacional (RODRÍGUES-SENDÍN, 2012).

Conclusões

Muitas evidências apontam que o modelo de formação na residência médica tem sido um fator preponderante para o bom desempenho do sistema de saúde na Espanha (ARMESTO et al., 2010). A qualidade dos cuidados de saúde, evidenciada em muitos indicadores (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2010), não teria sido possível sem as gerações de médicos formados pela residência, desde que estabelecida pelo Serviço de Saúde da Seguridad Social, em meados da década de 1960.

O planejamento de longo prazo e o permanente envolvimento profissional têm sido essenciais na concepção, implementação e avaliação contínua e redesenho de um sistema que funciona bem, embora isto não tenha sido um processo fácil. A Espanha tem um sistema de saúde altamente descentralizado (PEREIRA, 2014), e os muitos atores envolvidos representam uma fonte adicional de complexidade. Mesmo assim, o alto nível de comprometimento das partes interessadas (conselhos de medicina, sociedades científicas, as autoridades centrais e regionais de saúde e educação, etc.) aumenta a legitimidade de todo o processo: todos são periodicamente consultados e informados sobre cada passo do modelo de formação especializada em Medicina.

Garantir a continuidade da formação desde a escola médica até o fim de uma vida profissional produtiva, a implantação da troncalidade,

e o estabelecimento de recertificação obrigatória são, provavelmente, três dos maiores desafios para o Sistema Nacional de Saúde espanhol.

Em conclusão, o sistema de formação médica especializada espanhol é um bom e resiliente exemplo da aplicação da governança no processo de regulação profissional médica, demonstra o quão complexa (e indispensável) é a gestão de todo o processo, cabendo atender em boa medida às partes interessadas, em questões sensíveis de uma profissão como a medicina.

Referências

ARANA, J. M. S. La formación de especialistas médicos en España. *Ars Medica Revista de Humanidades*, v. 1, n.1, p.77-83, 2002.

ARMESTO, S. G. et al. *España: análisis del sistema sanitario 2010*. Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, 2010. Disponível em: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/observatorioEuropeo/InformeHiT_SP.pdf>. Acesso em: 12 maio 2015.

ESPAÑA. Ley nº 44, de 21 de noviembre de 2003. Ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, n. 280, 22 nov. 2003. p. 41442-41458. Disponível em: <<http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>>. Acesso 12 maio 2015.

_____. Orden, de 3 de septiembre de 1969 por la que se modifica y complementa la de este Ministerio de 17 de noviembre de 1966, relativa al perfeccionamiento técnico de los médicos internos y residentes em instituciones sanitarias de la seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, n. 220, 3 nov. 1969. p. 14528. Disponível em: <<http://www.boe.es/boe/dias/1969/09/13/pdfs/A14528-14528.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2015.

_____. Real decreto nº 1146, de 6 de octubre de 2006. Por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. *Boletín Oficial del Estado*, n. 240, 07 out. 2006. p. 34864. Disponível em: < https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2006-17498>. Acesso em: 12 maio 2015.

_____. Real decreto nº 127, de 11 de fevereiro de 1984. Por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista. *Boletín Oficial del Estado*, n. 26, 31 fev. 1984. p. 2524. Disponível em: <https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1984-2426>. Acesso em: 12 maio 2015.

_____. Real decreto nº 183, de 8 de febrero, Por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *Boletín Oficial del Estado*, n. 45, 21 fev. 2008. p. 10020. Disponível em: <<http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-3176>>. Acesso em: 12 maio 2015.

_____. Real decreto nº 2015, de 15 de julio de 1978. Por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. *Boletín Oficial del Estado*, n. 206, 29 ago. 1978. p. 20172. Disponível em: <http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-22162>. Acesso em: 12 maio 2015.

_____. Real decreto nº 639, de 25 de julio de 2014. Por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. *Boletín Oficial del Estado*, n. 190, 06 ago. 2014. p. 63130. Disponível em: <http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-8497>. Acesso em: 12 maio 2015.

GUAL, A. Una nueva troncalidad para la formación sanitaria especializada ¿Es necesaria? *Educ Med*, v. 13, n. 1, p. 1-3, mar. 2010.

IV ENCUENTRO de Tutores Mahón 2006. La evaluación de la formación especializada como garantía de la calidad del sistema de salud. *Educ Med*, v. 10, n. 1, p. 16-25, mar. 2010.

MARTÍNEZ, J. M.; MARCO, M. F. La prueba MIR en la actualidad: ventajas e inconvenientes. *Educ Med*, v. 15, n. 54, p. S1-S54, 2012. Suplemento 1.

MURILLO, M. P. C. El tratado de Bolonia: implicaciones en la enseñanza de medicina. *FEM*, v. 12, n. 3, p. 1-5, 2009.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud em el mundo. Ginebra: OMS, 2010. Anexo estadístico. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_annex_es.pdf?ua=1List%20of%20abbreviations>. Acesso em: 12 maio 2015.

PEREIRA, A. M. M. *Descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na Espanha: trajetórias, características e condicionantes*. 2014. 231 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Sergio Arouca, Rio de Janeiro 2014.

PRAT-COROMINAS, J.; ORIOL-BOSH, A. Proceso de Bolonia (IV): currículo o plan de estudios. *Educ Med*, v. 14, n. 3, p. 141-149, 2011.

RODRÍGUES-SENDÍN, J. Acreditación y reacreditación. Quién, cuándo y cómo debe realizarse. *Educ Med*, v. 15, p. 39-41, 2012. Suplemento 1.

ROMERO-SÁNCHEZ, E.; ANZA-AGUIRREZABALA, I.; SAURA-LLAMAS, J. ¿Planifican los tutores la formación de sus residentees?: Investigación realizada en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Educación Médica. *Educ Med*, v. 15, n. 2, p. 117-122, jun. 2012.

RUIZ-MORAL, R. Opiniones de tutores y residentes tras aplicar un sistema de evaluación formativa tipo portafolio: la nueva propuesta de “Guía de práctica reflexiva” del Libro del especialista en Medicina de familia en formación. *Educ Med*, v. 11, n.3, p. 147-155, set. 2008.

SCHLATTER, J. Experiencias del uso del portafolio para residentes de la Clínica Universidad de Navarra. *FEM*, v. 16, n. 1, p. 59-62, mar. 2013.

4. Experiências, percepções e motivações de preceptores de residência brasileiros e espanhóis

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR
 ELAINE FRANCO DOS SANTOS ARAUJO
 ELIANE BERINQUÉ BRAGA
 WILSON COUTO BORGES

O presente capítulo apresenta e discute experiências, percepções e motivações de 357 preceptores brasileiros que atuam em residências médicas (Medicina de Família e Comunidade - RMFC, e Ginecologia e Obstetrícia - RMGO) e em área profissional (Residência Multiprofissional em Saúde da Família - RMSF, Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher - RMSM, Residência em Enfermagem Obstétrica - REO). O capítulo introduz ainda, na análise da preceptoria em Residência em Medicina de Família e Comunidade, a análise comparativa das respostas de preceptores brasileiros e 106 preceptores espanhóis. A caracterização da amostra está disponível no capítulo 1.

Uma das motivações da pesquisa Preceptoria em Programas de Residência: Ensino, Pesquisa e Gestão (PREPG) foi entender como os preceptores manejam as múltiplas tarefas implicadas nas funções que desempenha. Sendo assim, os preceptores informaram quais atividades desempenharam nos doze meses que antecederam a coleta de dados. As respostas obtidas no Brasil estão apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 - Tipos de atividades desempenhadas nos últimos 12 meses, por tipo de programa - Brasil

Atividades desempenhadas	Programa de Residência										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Assistência a usuários/pacientes	81	97,6	81	94,2	116	82,9	13	81,3	25	92,6	316	89,8
Preceptoria de estudantes de graduação	65	78,3	52	60,5	64	45,7	4	25,0	12	44,4	197	56,0
Pesquisador ou colaborador em projetos de pesquisa	33	39,8	31	36,0	44	31,4	4	25,0	16	59,3	128	36,4
Docência em Instituição de Ensino Superior	27	32,5	43	50,0	35	25,0	3	18,8	13	48,1	121	34,4
Gestão em instituição de saúde	17	20,5	18	20,9	44	31,4	6	37,5	9	33,3	94	26,7
Número de atividades respondidas	223		225		303		30		75		856	
Número de respondentes	83		86		140		16		27		352	
Média de atividades por respondente	3		3		2		2		3		2	

Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item.

A assistência à saúde foi exercida por 89,8% dos preceptores brasileiros e mais da metade dos preceptores de residências médicas supervisionou alunos de graduação. Cerca de um terço dos respondentes informou atuar na docência superior. Atuaram como pesquisador ou colaborador em pesquisas 36,4% do total de respondentes e cerca de um quarto exerceu atividades de gestão em serviços de saúde. Entre os preceptores de residências em Área Profissional, o percentual menos expressivo das atividades desempenhadas nos últimos doze meses foi aquela da docência no ensino superior, enquanto nas residências médicas apareceram as atividades de gestão em instituição de saúde. Cada participante informou entre 2 e 3 tipos de atividade, em média, além da preceptoria de residentes (cinco pessoas não responderam).

A tabela 2 apresenta atividades desempenhadas por preceptores de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil e na Espanha nos últimos doze meses.

Tabela 2 - Atividades desempenhadas pelos preceptores de RMFC nos últimos 12 meses - Espanha e Brasil

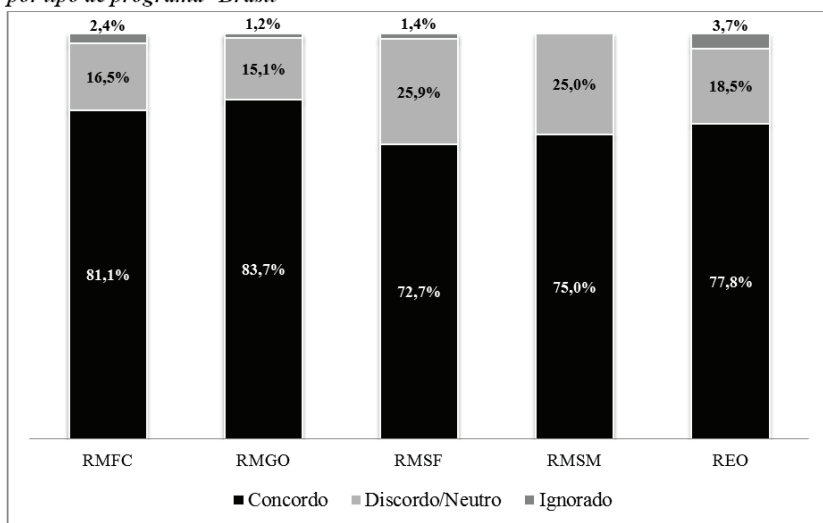
Atividades que desempenha/desempenhou	Espanha		Brasil	
	Nº	%	Nº	%
Assistência a usuários/pacientes	101	98,1	81	97,6
Preceptoria de estudantes de graduação	60	58,3	65	78,3
Pesquisador ou colaborador em projetos de pesquisa	55	53,4	33	39,8
Gestão em instituição de saúde	17	16,5	17	20,5
Docência em Instituição de Ensino Superior	15	14,6	27	32,5
Número de atividades respondidas	248		223	
Número de respondentes	103		83	
Média de atividades por respondente	2		3	

Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item.

Além da assistência à saúde de pacientes, destaca-se a orientação a alunos de graduação, realizada por percentual significativo de brasileiros (78,3%) e menos expressiva entre preceptores espanhóis (58,3%). Diferenças entre as atividades desempenhadas também são observadas na participação em projetos de pesquisa (53,4% de espanhóis e apenas 39,8% de brasileiros) e na docência no ensino superior, muito infrequente nas respostas de preceptores espanhóis (14,6%), enquanto nas de brasileiros aparece com cerca de um terço das

respostas (32,5%). Dois brasileiros e três espanhóis não responderam a pergunta. Apesar das múltiplas tarefas, a maioria dos respondentes considerou a carga horária disponível adequada para o desempenho da preceptoria, como informa o gráfico 1 (que agregou as respostas concordo e concordo parcialmente, (valores 5 e 4), além de agregar as respostas de valores neutros e discordantes (valores 3, 2 e 1) acerca da adequação mencionada.

Gráfico 1 - Adequação da carga horária na instituição para o desempenho da preceptoria, por tipo de programa - Brasil



A quarta parte dos preceptores das residências multiprofissionais (Saúde da Família e Saúde da Mulher) apontaram que sua carga horária não seria adequada para o exercício das atribuições da preceptoria (25%, aproximadamente) enquanto mais de 80% dos que atuam nas residências médicas consideraram o tempo suficiente. Quando agrupados pela predominância do ambiente de atuação como Atenção Primária (Residência em Medicina de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional em Saúde da Família) ou Atenção Hospitalar (Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, Multiprofissional em Saúde da Mulher e em Enfermagem Obstétrica), as percepções dos preceptores brasileiros são bastante uniformes em relação à adequação da carga horária para o exercício da preceptoria. Por outro lado, na Andaluzia, a carga horária contratual do preceptor

é de 37,5 horas semanais. Quando questionados sobre a adequação da mesma ao desempenho da preceptoria, apenas um terço dos participantes (36 pessoas) considerou-a adequada (tabelas não apresentadas). No que tange às oportunidades de desenvolvimento profissional para a preceptoria, a pesquisa investigou a experiência dos preceptores nos últimos três anos. A tabela 3 apresenta as respostas de preceptores brasileiros.

Tabela 3 - Atividades de capacitação/formação pedagógica realizadas nos últimos três anos, por tipo de programa - Brasil

Atividades de capacitação/formação pedagógica	Programa de Residência										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Preceptores que informaram não haver realizado atividade	6	7,2	31	36,5	14	10,1	2	12,5	3	11,1	56	16,0
Preceptores que informaram atividade	77	92,8	54	63,5	125	89,9	14	87,5	24	88,9	294	84,0
Participação em evento científico com conteúdo de educação	61	79,2	40	74,1	62	49,6	7	50,0	18	75,0	188	63,9
Participação em atividades de Educação Permanente que abordaram o ensino na residência	49	63,6	10	18,5	82	65,6	1	7,1	10	41,7	152	51,7
Treinamento em educação na instituição de saúde em que atua	41	53,2	17	31,5	58	46,4	5	35,7	12	50,0	133	45,2
Curso(s) de desenvolvimento de docentes	41	53,2	20	37,0	43	34,4	2	14,3	4	16,7	110	37,4
Disciplina ou módulo de metodologia educacional e/ou didática	21	27,3	12	22,2	32	25,6	2	14,3	3	12,5	70	23,8
Especialização na área de educação	4	5,2	6	11,1	28	22,4	6	42,9	0	0,0	44	15,0
Outras	8	10,4	4	7,4	24	19,2	5	35,7	4	16,7	45	15,3
Número de atividades respondidas	225		109		329		28		51		742	
Número de respondentes	83		85		139		16		27		350	
Média de atividades por respondente	3		1		2		2		2		2	

Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item.

O percentual de respostas que indica participação em pelo menos uma atividade de desenvolvimento profissional para preceptoria entre os brasileiros variou de 93% (Medicina de Família e Comunidade) a 64% (Ginecologia e Obstetrícia). O tipo de atividade mais mencionado foi a participação em evento científico que abordou a temática da educação (63,9%). A problemática da residência como objeto de atividade de Educação Permanente foi mencionada, em média por pouco mais da metade dos respondentes, variando de 7,1% das respostas dos preceptores de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher a 65,6% daqueles que atuam na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Cinquenta e seis preceptores (16%) informaram não haverem participado de atividades de capacitação pedagógica, sendo expressivo o percentual de 36,5% na Ginecologia e Obstetrícia. Sete pessoas optaram por não responder a questão.

Para que os preceptores tenham adequado acesso a oportunidades de desenvolvimento profissional, é necessário que as instituições adotem iniciativas de apoio/incentivo, e a tabela 4 identifica as respostas sobre os tipos de apoio recebidos pelos preceptores brasileiros.

Tabela 4 - Incentivos recebidos da instituição para atividade(s) de capacitação formação, por tipo de programa - Brasil

Incentivos da instituição	Programa de residência										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Preceptores que não obtiveram apoio	14	16,7	47	58,0	39	28,5	5	31,3	12	50,0	117	34,2
Preceptores que informaram obtenção de apoio	70	83,3	34	42,0	98	71,5	11	68,8	12	50,0	225	65,8
Obteve liberação de carga horária	54	77,1	16	47,1	58	59,2	7	63,6	8	66,7	143	63,6
A instituição em que atua forneceu o treinamento	35	50,0	14	41,2	41	41,8	3	27,3	4	33,3	97	43,1
Obteve apoio financeiro (diárias, passagens, pró-labore)	6	8,6	7	20,6	21	21,4	1	9,1	2	16,7	37	16,4
Acréscimo na remuneração decorrente da capacitação/formação	10	14,3	1	2,9	7	7,1	1	9,1	1	8,3	20	8,9
Valorização no Plano de Carreira (progressão funcional)	6	8,6	3	8,8	6	6,1	1	9,1	1	8,3	17	7,6
Outros	2	2,9	4	11,8	7	7,1	2	18,2	0	0	15	6,7
Número de incentivos respondidos	113		45		140		15		16		329	
Número de respondentes	84		81		137		16		24		342	
Média de incentivos por respondente	1		1		1		1		1		1	

Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item.

Apesar de 84% dos participantes informarem haver realizado atividades de desenvolvimento profissional para a preceptoria (tabela 3), apenas 65,8% declarou haver obtido apoio para tal fim (tabela 4). Os preceptores de Ginecologia e Obstetricia foram os que menos receberam apoio para desenvolvimento profissional (58% não receberam), seguidos dos preceptores de Enfermagem Obstétrica (50%). Já os preceptores de Medicina de Família e Comunidade e Saúde da Família foram os que mais receberam apoios, com 83,3% e 71,5% de respostas afirmativas, respectivamente. O apoio mais mencionado foi liberação da carga horária (63,6%), seguido de participação em treinamentos da própria instituição (43,1%). Menos de 9% dos respondentes informou acréscimo na remuneração decorrente do cumprimento dessas atividades, sendo também pouco expressiva sua importância na progressão funcional (plano de cargos), com 7,6% das respostas. Quinze participantes não responderam a essa pergunta.

A tabela 5 apresenta as respostas de preceptores de Residência em Medicina de Família e Comunidade espanhóis sobre o tema do desenvolvimento profissional.

Tabela 5 - Atividades de capacitação/formação pedagógica realizadas nos últimos três anos – RMFC - Espanha

Atividades de capacitação/formação pedagógica	Residência MFC Espanha	
	Nº	%
Preceptores que não realizaram atividades no período	5	4,8
Preceptores que informaram atividades realizadas	100	95,2
Treinamento em educação na instituição de saúde em que atuou	75	75,0
Participação em evento científico com conteúdos de formação docente	69	69,0
Curso(s) de desenvolvimento de docentes	67	67,0
Participação em evento científico com conteúdos de educação	47	47,0
Disciplina ou módulo de metodologia educacional e/ou didática	21	21,0
Especialização na área de educação	8	8,0
Outras	9	9,0
Número de itens atividades respondidos	296	
Número de respondentes	105	
Média de atividades por respondente	3	

Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item.

Tabela 6 - Apoios que preceptores de RMFC receberam da instituição para realizar atividade(s) de capacitação/formação - Espanha

Incentivos recebidos	Residência MFC Espanha	
	Nº	%
Preceptores que não obtiveram apoio	47	44,3
Preceptores que informaram haver recebido apoio	59	55,7
A instituição em que atuou forneceu o treinamento	31	52,5
Valorização no Plano de Carreira (progressão funcional)	17	28,8
Obtive liberação de carga horária	12	20,3
Obtive apoio financeiro (diárias, passagens, pró-labore)	2	3,4
Acréscimo na remuneração decorrente da capacitação/formação	1	1,7
Outros	8	13,6
Número de itens de apoio respondidos	71	
Número de respondentes	106	
Média de apoio por respondente	1	

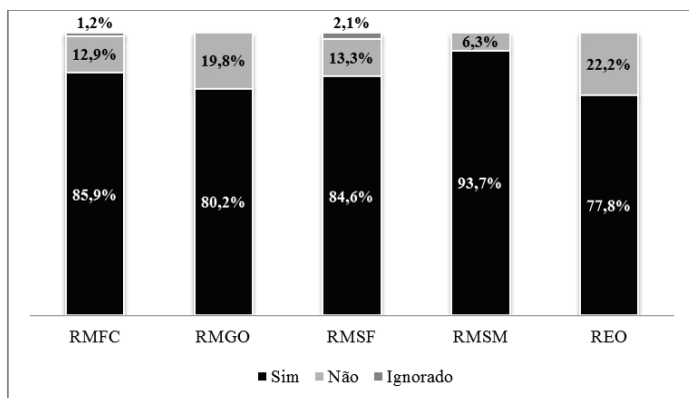
Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item.

Acerca da participação em atividades de capacitação/formação pedagógica nos últimos três anos (tabela 5), quase todos os pesquisados espanhóis informaram haver realizado alguma atividade (comparado com 84% dos brasileiros), com destaque para treinamento em educação oferecido pela própria Secretaria de Saúde, participação em evento científico com conteúdos de formação docente e realização de curso(s) de desenvolvimento de docentes. Sobre os incentivos institucionais para realização de tais capacitações (tabela 6), apenas 55,7% declarou contar com apoios, com destaque para treinamentos oferecidos pela própria instituição. Chama atenção a média de apoios mencionados por preceptores espanhóis em comparação com as atividades realizadas (1 e 3, respectivamente). Assim como ocorre no Brasil, mesmo com restrito incentivo das instituições, os preceptores realizam atividades de capacitação ou formação pedagógica.

Percepções sobre a prática e conhecimentos

O estabelecimento de um currículo coerente com a formação profissional é condição para uma formação coesa e planejada. No entanto, é sabido que existem programas em funcionamento com pouca tradição de planejamento educacional. A Pesquisa PREPG investigou se os preceptores consideram conhecer o projeto pedagógico do programa no qual atuam. O gráfico 2 apresenta as respostas, por programas, no Brasil.

Gráfico 2 - Conhecimento do Projeto Pedagógico por tipo de programa - Brasil



Experiências, percepções e motivações de preceptores de residência brasileiros e espanhóis

A maioria dos preceptores brasileiros informou conhecer o projeto pedagógico do programa em que atua, sendo o percentual mais baixo o de preceptores da Enfermagem Obstétrica (77,8%). Na Espanha o Programa Oficial da Especialidade de Medicina de Família e Comunidade tem validade em âmbito nacional, sendo conhecido por praticamente todos os respondentes (exceto uma pessoa), diferentemente do Brasil, onde os projetos são específicos de cada instituição/programa.

A tabela 7 apresenta resultados sobre percepções dos preceptores brasileiros acerca de seu ensino e qualidade do programa em que atuam.

Tabela 7 - Preparo dos preceptores para o ensino teórico dos residentes, por tipo de programa - Brasil

Questões	Programa de residência										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<i>Eu estou preparado(a) para promover a aprendizagem teórica dos residentes</i>												
Concordo	72	84,7	73	84,9	112	78,3	15	93,8	23	85,2	295	82,6
Discordo/Neutro	4	4,7	4	4,7	15	10,5	1	6,3	1	3,7	25	7,0
Ignorado	9	10,6	9	10,5	16	11,2	0	0	3	11,1	37	10,4
<i>Eu estou preparado(a) para o manejo de recursos audiovisuais</i>												
Concordo	71	83,5	75	87,2	116	81,1	15	93,8	23	85,2	300	84,0
Discordo/Neutro	4	4,7	2	2,3	10	7,0	1	6,3	1	3,7	18	5,0
Ignorado	10	11,8	9	10,5	17	11,9	0	0	3	11,1	39	10,9
<i>Considero o programa adequado para a boa formação dos residentes</i>												
Concordo	77	90,6	70	81,4	127	88,8	15	93,8	23	85,2	312	87,4
Discordo/Neutro	7	8,2	16	18,6	14	9,8	1	6,3	3	11,1	41	11,5
Ignorado	1	1,2	0	0	2	1,4	0	0	1	3,7	4	1,1
<i>Eu estou preparado(a) para promover a aprendizagem prática dos residentes</i>												
Concordo	73	85,9	77	89,5	120	83,9	16	100,0	24	88,9	310	86,8
Discordo/Neutro	3	3,5	0	0	7	4,9	0	0	0	0	10	2,8
Ignorado	9	10,6	9	10,5	16	11,2	0	0	3	11,1	37	10,4
<i>Eu oriento os residentes no desenvolvimento de ações de prevenção de agravos/doenças</i>												
Concordo	75	88,2	75	87,2	122	85,3	13	81,3	22	81,5	307	86,0
Discordo/Neutro	1	1,2	1	1,2	5	3,5	2	12,5	1	3,7	10	2,8
Ignorado	9	10,6	10	11,6	16	11,2	1	6,3	4	14,8	40	11,2
<i>Eu oriento os residentes no desenvolvimento de ações de promoção da saúde</i>												
Concordo	72	84,7	70	81,4	125	87,4	15	93,8	24	88,9	306	85,7
Discordo/Neutro	4	4,7	7	8,1	2	1,4	0	0	0	0	13	3,6
Ignorado	9	10,6	9	10,5	16	11,2	1	6,3	3	11,1	38	10,6
<i>Eu estimulo o desenvolvimento da escuta atenta dos pacientes/usuários pelos residentes</i>												
Concordo	76	89,4	77	89,5	124	86,7	15	93,8	23	85,2	315	88,2
Discordo/Neutro	0	0	0	0	2	1,4	1	6,3	0	0	3	0,8
Ignorado	9	10,6	9	10,5	17	11,9	0	0	4	14,8	39	10,9

Os preceptores de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher foram os que mais se declararam preparados para promover a aprendizagem teórica e para manejar os recursos audiovisuais e foram também os que mais avaliaram o programa adequado para a boa formação dos residentes (93,8%). Já os preceptores de Residência Multiprofissional em Saúde da Família foram os que se consideraram menos preparados para promover o aprendizado teórico dos residentes (78,3%) e para manejar os recursos audiovisuais (81,1%). O tipo de programa considerado menos adequado para a boa formação dos residentes, na opinião dos preceptores, foi o de Ginecologia e Obstetrícia (81,4% de adequação). Do total de preceptores, 10,4% e 10,9% preferiram omitir resposta quando questionados sobre sua preparação para promover a aprendizagem teórica e para manuseio dos recursos audiovisuais, respectivamente.

No que diz respeito ao preparo dos preceptores para promover a aprendizagem prática dos residentes, orientá-los no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e estimulá-los a ter escuta atenta dos pacientes, os preceptores de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher se avaliaram de forma bastante positiva (entre 100% e 93,8%). A comparação entre as respostas dos preceptores de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família sobre seu preparo para o ensino prático dos residentes não demonstrou expressiva diferença (aproximadamente 85,9% e 83,9%, respectivamente). Foram excepcionais as respostas que indicassem pouca orientação para a promoção da aprendizagem prática dos residentes, para o desenvolvimento de ações de prevenção de agravos, e para o estímulo à escuta atenta aos pacientes, sendo mais frequentes nessas perguntas, a ausência de resposta.

Em relação a pouca orientação dos residentes no desenvolvimento de ações de promoção da saúde, a Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia apresentou maior percentual (8,1%).

A tabela 8 apresenta as respostas sobre o conhecimento dos preceptores sobre as redes de saúde nas quais atuam e sobre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Em todos os programas de residência foram altos os percentuais de resposta positivas quanto ao conhecimento da rede de saúde e do SUS, sendo que na Residência

Experiências, percepções e motivações de preceptores de residência brasileiros e espanhóis

Multiprofissional em Saúde da Mulher esse percentual atingiu 100%. Por seu caráter de treinamento em serviço os residentes interagem com os vários membros da equipe de saúde, cabendo aos preceptores mediar as relações entre equipe e residentes.

Tabela 8 - Conhecimento dos preceptores sobre a rede de saúde e o SUS, por tipo de programa - Brasil

Questões	Programa de residência										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<i>Eu conheço a rede de serviços de saúde na qual se insere a instituição em que atuo como preceptor(a)</i>												
Concordo	72	84,7	73	84,9	122	85,3	16	100	24	88,9	307	86,0
Discordo/Neutro	4	4,7	4	4,7	5	3,5	0	0	0	0	13	3,6
Ignorado	9	10,6	9	10,5	16	11,2	0	0	3	11,1	37	10,4
<i>Eu conheço os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)</i>												
Concordo	76	89,4	77	89,5	127	88,8	16	100	24	88,9	320	89,6
Discordo/Neutro	0	0,0	0	0	1	0,7	0	0	0	0	1	0,3
Ignorado	9	10,6	9	10,5	15	10,5	0	0	3	11,1	36	10,1

A tabela 9 sumariza as respostas sobre percepções acerca dessas ações.

Tabela 9 - Preparo dos preceptores para mediações que envolvem residentes e equipe, por tipo de programa - Brasil

Questões	Programa de residência										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<i>Eu estimo a boa comunicação entre residentes e membros da equipe de saúde</i>												
Concordo	76	89,4	77	89,5	125	87,4	16	100	24	88,9	318	89,1
Discordo/Neutro	0	0	0	0	2	1,4	0	0	0	0	2	0,6
Ignorado	9	10,6	9	10,5	16	11,2	0	0	3	11,1	37	10,4
<i>Eu envolvo a equipe na supervisão e apoio aos residentes</i>												
Concordo	67	78,8	67	77,9	115	80,4	14	87,5	23	85,2	286	80,1
Discordo/Neutro	9	10,6	10	11,6	12	8,4	2	12,5	1	3,7	34	9,5
Ignorado	9	10,6	9	10,5	16	11,2	0	0	3	11,1	37	10,4
<i>Eu contribuo para a educação permanente da equipe na qual estou inserido</i>												
Concordo	67	78,8	68	79,1	118	82,5	16	100	22	81,5	291	81,5
Discordo/Neutro	8	9,4	9	10,5	10	7,0	0	0	2	7,4	29	8,1
Ignorado	10	11,8	9	10,5	15	10,5	0	0	3	11,1	37	10,4
<i>Eu estou preparado(a) para mediar situações de conflito</i>												
Concordo	72	84,7	73	84,9	121	84,6	16	100	23	85,2	305	85,4
Discordo/Neutro	4	4,7	4	4,7	7	4,9	0	0	1	3,7	16	4,5
Ignorado	9	10,6	9	10,5	15	10,5	0	0	3	11,1	36	10,1

Embora em todos os tipos de programas, grande parte dos preceptores tenha respondido que estimula a boa comunicação entre os residentes e a equipe, houve um percentual um pouco mais baixo de respostas concordantes sobre a percepção da própria capacidade de promover o envolvimento da equipe na supervisão e apoio aos residentes, bem como na própria contribuição para educação permanente da equipe, com exceção da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia. Preceptores de todos os tipos de programas também referiram sentirem-se, em geral, preparados para mediar situações de conflito.

Na sequência, a tabela 10 apresenta as respostas a outros temas de interesse como o ensino da ética, o exercício do *feedback*, o reconhecimento da importância da subjetividade e o ensino da comunicação, na percepção de preceptores brasileiros.

Tabela 10 - Preparo dos preceptores para trabalhar dilemas éticos do cuidado à saúde, criticar construtivamente o desempenho dos residentes, valorizar aspectos subjetivos do residente e mediar a relação de residentes e usuários, por tipo de programa - Brasil

Questões	Programa de residência										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<i>Eu trabalho os dilemas éticos do cuidado à saúde com os residentes</i>												
Concordo	74	87,1	74	86	120	83,9	15	93,8	24	88,9	307	86
Discordo/Neutro	1	1,2	3	3,5	5	3,5	1	6,3	0	0	10	2,8
Ignorado	10	11,8	9	10,5	18	12,6	0	0	3	11,1	40	11,2
<i>Eu estou preparado(a) para fazer a crítica construtiva acerca do desempenho dos residentes</i>												
Concordo	75	88,2	76	88,4	121	84,6	15	93,8	23	85,2	310	86,8
Discordo/Neutro	1	1,2	1	1,2	6	4,2	1	6,3	0	0	9	2,5
Ignorado	9	10,6	9	10,5	16	11,2	0	0	4	14,8	38	10,6
<i>Eu valorizo elementos da subjetividade dos residentes e dos usuários/pacientes na prática da preceptoría</i>												
Concordo	74	87,1	74	86	124	86,7	16	100	24	88,9	312	87,4
Discordo/Neutro	2	2,4	3	3,5	3	2,1	0	0	0	0	8	2,2
Ignorado	9	10,6	9	10,5	16	11,2	0	0	3	11,1	37	10,4
<i>Eu estimulo a boa comunicação entre residentes e pacientes/usuários</i>												
Concordo	76	89,4	77	89,5	124	86,7	16	100	24	88,9	317	88,8
Discordo/Neutro	0	0	0	0	1	0,7	0	0	0	0	1	0,3
Ignorado	9	10,6	9	10,5	18	12,6	0	0	3	11,1	39	10,9

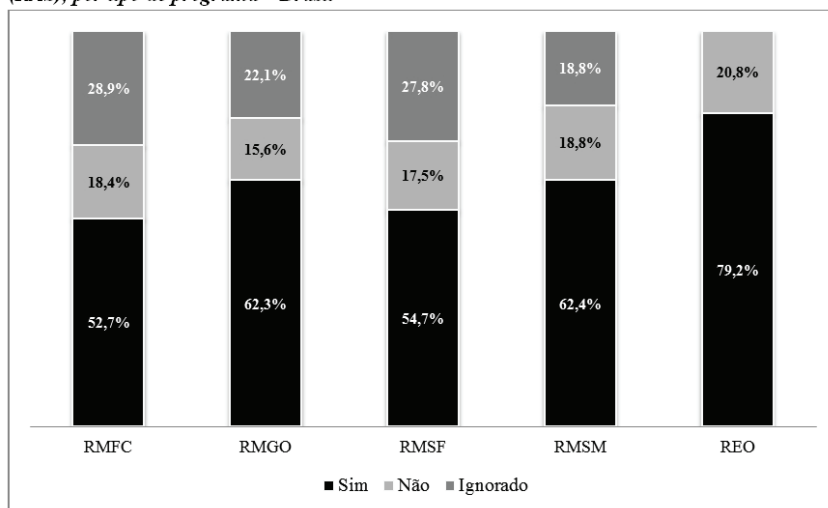
As respostas dos preceptores sobre sua atuação, de forma geral, em todos os tipos de programas estudados, refletem uma percepção

muito positiva da própria atuação no exercício da preceptoria, nos itens abordados. Não se observam diferenças expressivas nas respostas de preceptores brasileiros e espanhóis de Medicina de Família e Comunidade (dados não apresentados) aos itens apresentados nas tabelas 7 a 10.

Percepções sobre a participação em Redes de Atenção

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010) definiu diretrizes para a organização, no SUS, de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Seu fortalecimento demanda conhecimento de preceptores e residentes sobre suas características, sendo um aspecto investigado junto aos preceptores o seu conhecimento da participação do programa em que atuam em alguma RAS, conforme dados apresentados no gráfico 3.

Gráfico 3 - Participação do programa de Residência em alguma das Redes de Atenção à Saúde (RAS), por tipo de programa – Brasil



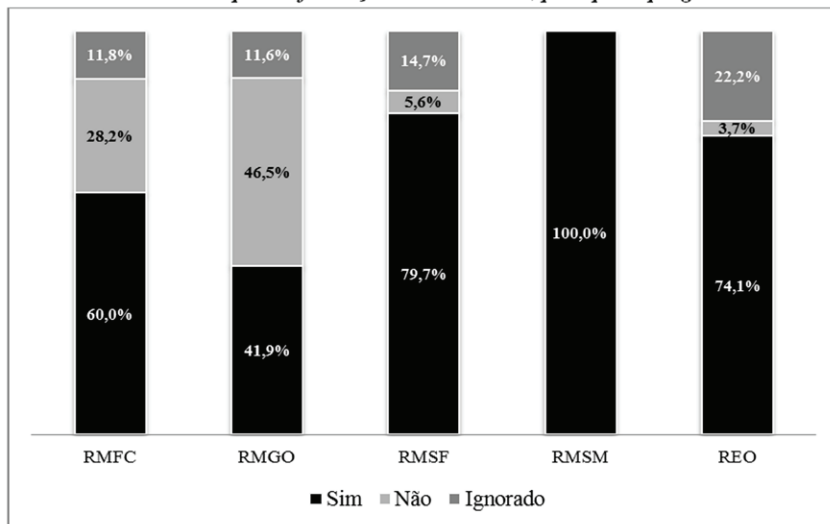
Embora a participação das residências nas redes seja estratégica, os dados apontam uma restrita visibilidade da participação das Residências em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família nas RAS, já que mais de 50% dos respondentes não reconheceram tal participação. Os preceptores de Enfermagem Obstétrica foram quem mais responderam positivamente (quase 80%) à questão (38 preceptores não responderam). As respostas

dos preceptores dos programas das residências médicas quando comparadas aos das residências multiprofissionais não evidenciaram diferenças expressivas.

Outro tema atual da política de saúde no Brasil que foi investigado foi a percepção dos preceptores sobre a obrigatoriedade de estágio em Medicina Geral de Família e Comunidade, estabelecido pela Lei nº 12.871/2013 (BRASIL, 2013), para vigorar a partir de 2019.

O gráfico 4 se refere à opinião dos preceptores brasileiros a respeito dessa obrigatoriedade.

Gráfico 4 - Percepção sobre a obrigatoriedade legal de estágio em Medicina Geral de Família e Comunidade para a formação dos residentes, por tipo de programa – Brasil



Os preceptores médicos demonstraram menor entusiasmo com a obrigatoriedade: os dois programas em que os preceptores menos consideraram-na positiva foram os de Ginecologia e Obstetrícia (41,9%) e de Medicina de Família e Comunidade (60%). Todos os preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher apoiaram a obrigatoriedade. Nas Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e Enfermagem Obstétrica, a percepção favorável foi da ordem de 79,7% e 74,1%, respectivamente.

Disponibilidade de recursos para assistência e ensino (preceptoría)

A pesquisa investigou os recursos com os quais os preceptores contam para o exercício das atividades de ensino e de assistência junto aos residentes.

A tabela 11 apresenta a distribuição dos recursos disponíveis para o ensino dos residentes, por tipo de programa no Brasil.

Recursos como sala de aula, *datashow* e computadores conectados à internet foram citados por quase todos os preceptores de todos os cinco tipos de programas pesquisados (mais de 90% afirmaram dispor de algum recurso de ensino, exceto 25 pessoas que não contam com nenhum recurso e 3 que não responderam à pergunta).

Tabela 11 - Recursos disponíveis para o ensino de residentes no serviço em que atua, por tipo de programa - Brasil

Recursos disponíveis para o ensino de residentes	Programa de residência										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Preceptores que informaram possuir acesso a recursos para o ensino	83	98,8	83	96,5	122	86,5	16	100	25	92,6	329	92,9
Espaço para atividades teóricas (Sala de aula, Auditório)	76	91,6	80	96,4	93	76,2	15	93,8	22	88	286	86,9
Computadores com conexão com a Internet	75	90,4	59	71,1	86	70,5	13	81,3	17	68	250	76
Equipamento de projeção (Datashow, DVD, etc.)	70	84,3	70	84,3	89	73,0	14	87,5	17	68	260	79
Material bibliográfico (Biblioteca)	58	69,9	54	65,1	61	50,0	13	81,3	18	72	204	62
Sala de convívio	30	36,1	44	53,0	62	50,8	3	18,8	12	48	151	45,9
Nenhum dos recursos acima	1	1,2	3	3,5	19	13,5	0	0	2	7,4	25	7,1
Número de itens respondidos	309		307		391		58		86		1151	
Número de respondentes	84		86		141		16		27		354	
Média de recursos disponíveis/preceptor	4		4		3		4		3		3	

Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item.

A tabela 12 mostra a distribuição de recursos disponíveis nos serviços para o ensino dos residentes, comparando respostas de preceptores dos programas que ocorrem predominantemente em ambiente de atenção primária e hospitalar.

Setenta e seis por cento dos preceptores acessam computadores com conexão à internet no trabalho; 79% do total possuem *datashow* no serviço, evidenciando a popularização do equipamento e somente 17,6% dos preceptores que atuam predominantemente em ambientes de atenção primária referem não dispor de sala de aula ou auditório. Em contrapartida, apenas 62% contam com material bibliográfico no serviço, sendo o maior percentual nos ambientes de Atenção Hospitalar (68,5%). A média do número de tipos de recursos

disponíveis foi a mesma para ambos ambientes (3).

Tabela 12 - Recursos disponíveis para o ensino de residentes no serviço em que atua, por ambiente predominante de prática do programa (atenção primária e hospitalar) - Brasil

Recursos disponíveis para o ensino de residentes	Programa de residência por ambiente				Total	
	Atenção Primária		Hospitalar			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Preceptores que informaram possuir acesso a recursos para o ensino	205	91,1	124	96,1	329	92,9
Espaço para atividades teóricas (Sala de aula, Auditório)	169	82,4	117	94,4	286	86,9
Computadores com conexão com a Internet	161	78,5	89	71,8	250	76
Equipamento de projeção (Datashow, DVD, etc.)	159	77,6	101	81,5	260	79
Material bibliográfico (Biblioteca)	119	58	85	68,5	204	62
Sala de convívio	92	44,9	59	47,6	151	45,9
Nenhum dos recursos acima	20	8,9	5	3,9	25	7,1
Número de recursos disponíveis respondidos	700		451		1.151	
Número de respondentes	225		129		354	
Média de recursos disponíveis/preceptor	3		3		3	

Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item.

A tabela 13 apresenta uma comparação dos recursos com que os preceptores de Medicina de Família e Comunidade contam para o ensino, no Brasil e na Espanha.

Praticamente todos os respondentes informam contar com algum dos recursos listados, sendo a média de itens assinalados (2) idêntica nos dois países. Existe uma discrepância evidente de disponibilidade de espaço para reuniões (95,2% das respostas dos espanhóis e apenas

Tabela 13 - Recursos disponíveis para o ensino de residentes de MFC – Espanha e Brasil

Recursos disponíveis	Espanha		Brasil	
	Nº	%	Nº	%
Preceptores que informaram possuir recursos para o ensino	105	100	83	98,8
Equipamento de projeção (Datashow, etc.)	102	97,1	70	84,3
Sala de reuniões	100	95,2	30	36,1
Espaço para atividades teóricas (Sala de aula, Auditório)	80	76,2	76	91,6
Computadores com conexão com a Internet	72	68,6	75	90,4
Material bibliográfico (Biblioteca)	63	60,0	58	69,9
Nenhum dos recursos acima	NA	NA	1	1,2
Número de itens respondidos	215		209	
Número de respondentes	105		84	
Média de recursos disponíveis/preceptor	2		2	

Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item.

36,1% dos brasileiros). No Brasil, a biblioteca é o segundo recurso menos disponível para o ensino dos residentes. Na Espanha, a disponibilidade de computadores com conexão com a Internet aparece como o segundo recurso menos disponível.

A tabela 14 apresenta um panorama geral dos recursos tecnológicos disponíveis para os preceptores, segundo o tipo de programa no Brasil.

Tabela 14 - Recursos tecnológicos utilizados na prática como preceptor(a), por tipo de programa - Brasil

Recursos tecnológicos disponíveis	Programa de residência										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Preceptores que não utilizam nenhum desses recursos	0	0	3	3,5	6	4,3	0	0	0	0	9	2,6
Preceptores que informaram possuir recursos tecnológicos	84	100	82	96,5	134	95,7	15	100	26	100	341	97,4
Prontuário/ registro eletrônico	68	81	59	72	88	65,7	13	86,7	19	73,1	247	72,4
Bases de dados bibliográficos (Medline, Pubmed, Portal de Evidências do MS, etc.)	75	89,3	69	84,1	76	56,7	8	53,3	18	69,2	246	72,1
Ferramentas de comunicação instantânea (Skype, Whatsapp, etc.)	71	84,5	57	69,5	90	67,2	8	53,3	14	53,8	240	70,4
Sistemas de Informação em Saúde (Datusus, SIAB, e-SUS, Tabnet, etc.)	50	59,5	39	47,6	103	76,9	7	46,7	10	38,5	209	61,3
Aplicativos de apoio e prática profissional	54	64,3	28	34,1	35	26,1	4	26,7	7	26,9	128	37,5
Plataformas de formação e desenvolvimento on-line (Telessaude, Moodle, etc.)	45	53,6	8	9,8	65	48,5	0	0	9	34,6	127	37,2
Redes sociais (Facebook, Twitter, etc.)	21	25	18	22	65	48,5	2	13,3	13	50	119	34,9
Ferramentas de trabalho em grupo (Dropbox, Googlegroups, etc.)	62	73,8	19	23,2	27	20,1	0	0	6	23,1	114	33,4
Bases de dados sociodemográficos (Censo, PNAD, etc.)	23	27,4	12	14,6	53	39,6	3	20	4	15,4	95	27,9
Plataforma de teleconferência e recursos para teleconsulta	15	17,9	5	6,1	16	11,9	1	6,7	3	11,5	40	11,7
Outros	4	4,8	0	0	5	3,7	2	13,3	0	0	11	3,2
Número de recursos tecnológicos respondidos	572		396		757		63		129		1917	
Número de respondentes	84		85		140		15		26		350	
Média de recursos tecnológicos por preceptor	7		5		6		4		5		6	

Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item.

Quase 98% dos preceptores informaram utilizar algum tipo de recurso tecnológico nas atividades da preceptoría, sendo os três recursos mais citados o prontuário eletrônico (72,4%), as bases de dados bibliográficos (72,1%) e as ferramentas de comunicação instantânea (70,4%).

A tabela 15 aporta resultados comparativos das respostas dos preceptores que atuam predominantemente na Atenção Primária e na Atenção Hospitalar.

Tabela 15 - Recursos tecnológicos utilizados na prática como preceptor(a), por ambiente predominante de prática do programa (atenção primária e hospitalar) - Brasil

Recursos tecnológicos disponíveis	Programa de residência por ambiente				Total	
	Atenção Primária		Hospitalar		N°	%
	N°	%	N°	%		
Preceptores que não utilizam nenhum desses recursos	6	2,7	3	2,4	9	2,6
Preceptores que informaram utilizar recursos tecnológicos	218	97,3	123	97,6	342	97,7
Plataformas de formação e desenvolvimento <i>on-line</i> (Telessaude, Moodle, etc.)	156	71,6	91	74	248	72,4
Ferramentas de comunicação instantânea (Skype, whatsapp, etc.)	151	69,3	95	77,2	247	72,1
Plataforma de teleconferência e recursos para teleconsulta	161	73,9	79	64,2	241	70,4
Prontuário/ registro eletrônico	153	70,2	56	45,5	210	61,3
Aplicativos de apoio e prática profissional	89	40,8	39	31,7	128	37,5
Ferramentas de trabalho em grupo (Dropbox, Googlegroups, etc.)	110	50,5	17	13,8	128	37,3
Sistemas de Informação em Saúde (Datusus, SIAB, e-SUS, Tabnet, etc.)	86	39,4	33	26,8	119	34,9
Redes sociais (Facebook, Twitter, etc.)	89	40,8	25	20,3	114	33,5
Bases de dados bibliográficos (Medline, Pubmed, Portal de Evidências do MS, etc.)	76	34,9	19	15,4	95	27,9
Bases de dados sociodemográficos (Censo, PNAD, etc.)	31	14,2	9	7,3	40	11,7
Outros	9	4,1	2	1,6	11	3,2
Número de recursos tecnológicos respondidos	1.329		588		1.917	
Número de respondentes	224		126		350	
Média de recursos tecnológicos por preceptor	6		5		6	

Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item.

Os recursos mais citados pelos preceptores dos dois tipos de ambientes (com mais de 70% de frequência cada) foram as plataformas de formação e desenvolvimento *on line*, as ferramentas de comunicação instantânea e as plataformas de teleconferência e teleconsulta. Outro fato interessante é que os preceptores das residências oferecidas predominantemente na Atenção Primária declararam a mesma disponibilidade de recursos tecnológicos que os da Atenção Hospitalar. No entanto, considerando cada um dos recursos, diferenças são observadas: 70,2% referem o prontuário eletrônico na Atenção Primária, enquanto 45,5% na Atenção Hospitalar; na Atenção Primária 50,5% mencionam ferramentas de trabalho em grupo, ao passo que apenas 13,8% da Atenção Hospitalar as mencionam, e 40,8% citam as redes sociais entre os preceptores da Atenção Primária contra 20,3% dos da Atenção Hospitalar.

Tabela 16 - Recursos tecnológicos utilizados na prática profissional por preceptores de RMFC - Espanha e Brasil

Recursos tecnológicos disponíveis	Espanha		Brasil	
	Nº	%	Nº	%
Preceptores que não utilizam nenhum dos recursos	2	1,9	0	0
Preceptores que informaram possuir recursos tecnológicos	103	98,1	84	100
Prontuário/ registro eletrônico	101	98,1	68	81
Bases de dados bibliográficos	80	77,7	75	89,3
Ferramentas de comunicação instantânea	71	68,9	71	84,5
Sistemas de Informação em Saúde	67	65	50	59,5
Aplicativos de apoio a prática profissional	48	46,6	54	64,3
Plataformas de formação on-line	48	46,6	45	53,6
Bases de dados sociodemográficos	35	34	23	27,4
Ferramentas de trabalho em grupo	29	28,2	62	73,8
Redes sociais	27	26,2	21	25
Plataforma de teleconferência e recursos para teleconsulta	13	12,6	15	17,9
Outros	4	3,9	4	4,8
Número de recursos tecnológicos respondidos	626		572	
Número de respondentes	105		84	
Média de recursos tecnológicos por preceptor	6		7	

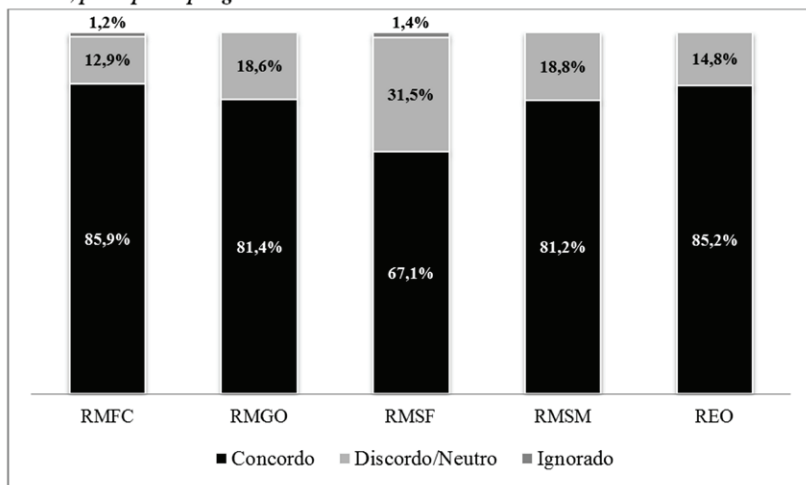
Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item.

Sobre os recursos utilizados na prática profissional (tabela 16), observa-se predomínio do uso de ferramentas de trabalho de grupo (tipo *Dropbox* ou *Googlegroups*) entre preceptores brasileiros (73,8%, sendo 28,2% entre os espanhóis). A quase totalidade dos espanhóis afirma utilizar prontuário eletrônico, implantado na rede de atenção primária andaluz, sendo alta também sua utilização entre os brasileiros (81%), embora não seja a mais utilizada. Um participante em cada país não respondeu à pergunta. Todos os respondentes brasileiros fazem uso de algum recurso tecnológico.

Análise das instalações físicas

As instalações físicas e o apoio administrativo têm relação com a qualidade da oferta de formação das residências. Por isso, algumas perguntas do questionário versaram sobre esta temática e as distribuições das respostas dadas pelos preceptores encontram-se nos gráficos 5, 6 e 7.

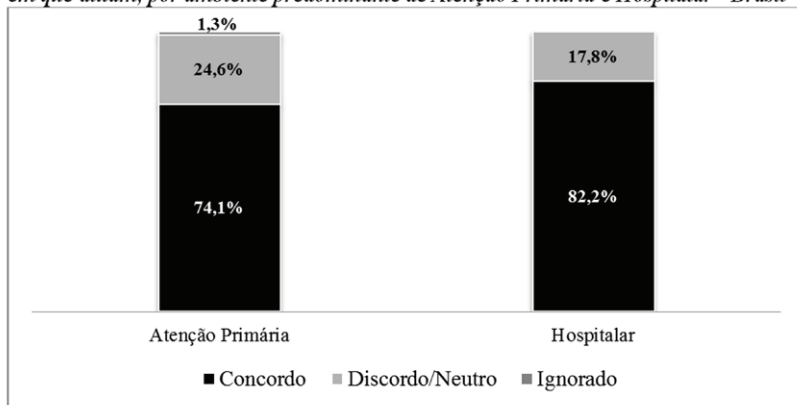
Gráfico 5 - Percepção sobre a adequação das instalações físicas da instituição em que atuam, por tipo de programa – Brasil



Em todos os tipos de programas brasileiros pesquisados, mais de 80% dos preceptores consideraram as instalações físicas dos serviços em que atuam adequadas para a residência, exceto os da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (31,5% consideraram-nas inadequadas).

O gráfico a seguir apresenta a comparação entre as respostas dos preceptores de programas oferecidos predominantemente em ambiente de Atenção Primária e Hospitalar brasileiros sobre a adequação das instalações físicas das unidades.

Gráfico 6 - Percepção dos preceptores brasileiros sobre as instalações físicas da instituição em que atuam, por ambiente predominante de Atenção Primária e Hospitalar - Brasil



No Brasil, mais preceptores das residências oferecidas predominantemente na Atenção Hospitalar, comparado com os da Atenção Primária consideraram as instalações físicas de suas unidades adequadas. Percepções sobre adequação das instalações físicas para a prestação de serviços de saúde (assistência) são apresentadas no gráfico 7, a seguir. A satisfação com as instalações é maior entre os preceptores brasileiros (85,9%), se comparada com os espanhóis (76,4%).

Gráfico 7 - Adequação das instalações físicas dos serviços para assistência aos pacientes - Espanha e Brasil

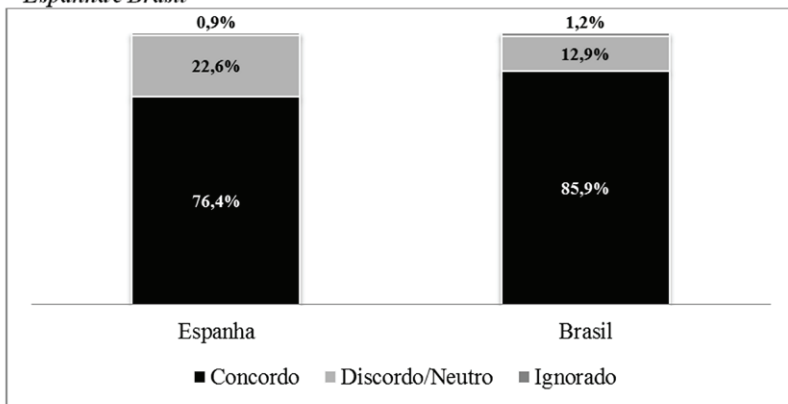
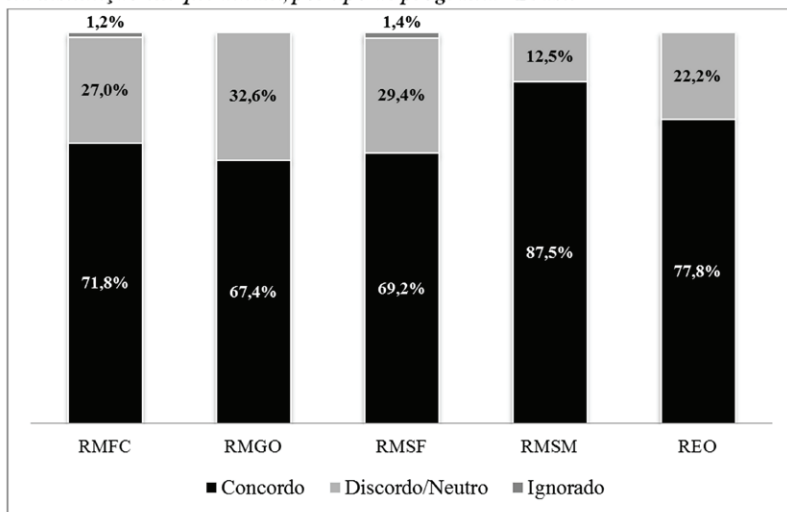


Gráfico 8 - Percepção dos preceptores sobre a disponibilidade de apoio administrativo na instituição em que atuam, por tipo de programa - Brasil



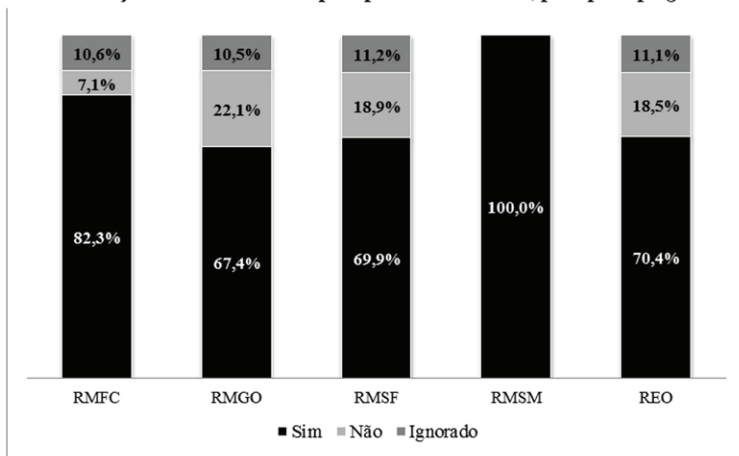
Quanto ao apoio administrativo, que na Espanha é prestado sobretudo pelas unidades docentes (ver capítulo 6) cerca de dois terços dos espanhóis se consideram satisfeitos, sendo o grau de satisfação um pouco mais alto entre os brasileiros da Medicina de Família e Comunidade (71,8%), que atuam em programas onde o apoio administrativo é feito pela própria instituição ofertante do programa (gráfico 8).

A residência em que os preceptores mais identificaram disponibilidade de apoio administrativo é a Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher (87,5%) e a que menos refere dispor deste tipo de apoio foi a Residência em Ginecologia e Obstetrícia (67,4%). Não houve diferença expressiva quanto à percepção de disponibilidade de apoio administrativo, quando foram agregados os dados das residências oferecidas predominantemente em ambiente de Atenção Primária e Hospitalar.

Motivação e planos de continuar com a preceptoria

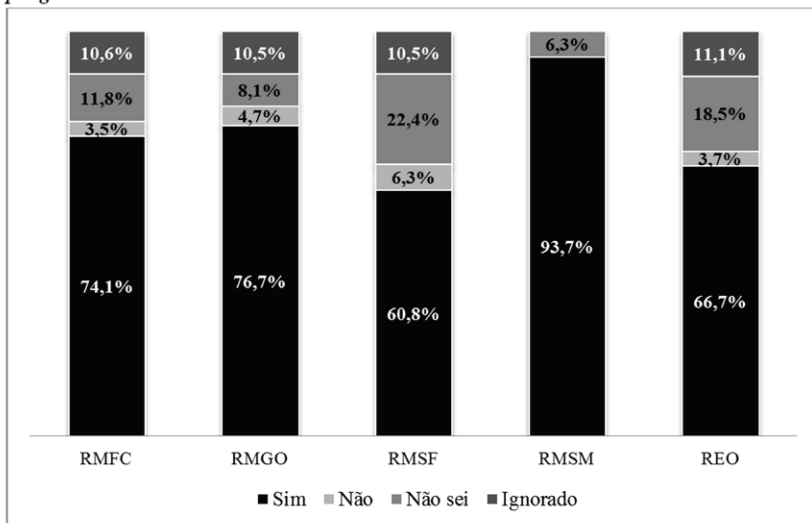
Por ser a preceptoria uma atividade essencial para a formação em saúde, a pesquisa investigou a motivação dos preceptores e sua intenção de continuar atuando no ensino-aprendizagem de residentes, conforme apresentado nos gráficos 9 e 10.

Gráfico 9 - Motivação com a atividade de preceptoria de residentes, por tipo de programa - Brasil



Entre os preceptores que declararam motivação com a preceptoria (73,6% em média), os que mais se mostraram motivados foram os da Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher (100%) e Medicina de Família e Comunidade (82,3%). Maior desmotivação foi observada entre os preceptores de Ginecologia e Obstetrícia (22,1%). Dez por cento, aproximadamente, preferiram não opinar.

Gráfico 10 - Intenção de continuar como preceptor nos próximos dois anos, por tipo de programa - Brasil



Experiências, percepções e motivações de preceptores de residência brasileiros e espanhóis

Em média, mais de 70% dos participantes brasileiros demonstraram intenção de continuar como preceptores nos próximos dois anos, com destaque para os de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher (93,7%), Ginecologia e Obstetrícia (76,7%) e Medicina de Família e Comunidade (74,1%). Trinta e dois preceptores (22,4%) ainda não haviam formado opinião sobre permanecer na preceptoria em programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e 10,5% optaram por não responder.

Foram pouco expressivas as diferenças, na Medicina de Família e Comunidade, entre preceptores brasileiros e espanhóis, no que tange à motivação com a preceptoria (82,3 e 81,1%, respectivamente) e a intenção de continuar a exercer a atividade (74,1 e 78,3%, respectivamente) (tabelas não apresentadas).

A tabela 17 apresenta os dados sobre os fatores motivadores da preceptoria, segundo os participantes brasileiros, do ponto de vista teórico, ou seja, fatores desejáveis, mas não necessariamente disponíveis (os fatores com os quais esses participantes de fato contam na sua realidade de trabalho aparecem na sequência). O questionário

Tabela 17 - Fatores mais importantes de motivação, por tipo de programa - Brasil

Fatores importantes para motivação dos preceptores	Programa de residência										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Contribuição do programa de residência para a qualidade do serviço	52	68,4	41	53,2	96	75	12	7,5	16	66,7	217	67,6
Remuneração adicional por conta da preceptoria	41	53,9	43	55,8	95	74,2	9	56,3	10	41,7	198	61,7
Valorização na carreira profissional	46	60,5	45	58,4	76	59,4	10	62,5	15	62,5	192	59,8
Bom relacionamento com os residentes	38	50	46	59,7	82	64,1	12	7,5	12	50	190	59,2
Estímulo para me atualizar em minha área de especialidade	37	48,7	45	58,4	53	41,4	10	62,5	10	41,7	155	48,3
Carga horária para atividades de ensino	45	59,2	31	40,3	41	32	5	31,3	8	33,3	130	40,5
Reconhecimento profissional pelos gestores do serviço	23	30,3	29	37,7	56	43,8	7	43,8	7	29,2	122	38
Oportunidade de capacitação em educação	31	40,8	27	35,1	47	36,7	5	31,3	10	41,7	120	37,4
Participação nas decisões sobre a formação de residentes	35	46,1	28	36,4	37	28,9	8	50	8	33,3	116	36,1
Apoio recebido para participação em eventos e congressos	13	17,1%	29	37,7	24	18,8	0	0	9	37,5	75	23,4
Carga horária para atividades de pesquisa	17	22,4	20	26	23	18	2	12,5	6	25	68	21,2
Outro	2	2,6	0	0	2	1,6	0	0	1	4,2	5	1,6
Número de fatores de motivação respondidos	380		384		632		80		112		1.588	
Número de respondentes	76		77		128		16		24		321	
Média de fatores de motivação porrespondente	5		5		5		5		5		5	

Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item.

solicitou que os respondentes apontassem os cinco principais fatores motivacionais, em ambas as perguntas.

Do ponto de vista ideal, os fatores que mais agregam motivação para a preceptoria, no Brasil, em ordem decrescente de prioridade, foram: a contribuição da residência para a qualidade do serviço (67,6%); remuneração adicional (61,7%); valorização na carreira profissional (59,8%), e o bom relacionamento com os residentes (59,2%). O quinto fator motivador, assinalado por 48,3% dos respondentes, foi o estímulo para atualização na própria área de especialidade do preceptor.

Tabela 18 - Fatores motivacionais presentes no contexto de trabalho, por tipo de programa - Brasil

Fatores presentes	Programa de residência										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Preceptores que informaram algum fator disponível	76	100	76	98,7	121	96	16	100	24	100	313	98,1
Bom relacionamento com os residentes	67	88,2	68	89,5	107	88,4	14	87,5	21	87,5	277	88,5
Contribuição do programa de residência para a qualidade do serviço	64	84,2	58	76,3	96	79,3	12	75	16	66,7	246	78,6
Participação nas decisões sobre a formação de residentes	38	50	26	34,2	54	44,6	9	56,3	9	37,5	136	43,5
Estímulo para me atualizar em minha área de especialidade	39	51,3	29	38,2	29	24	7	43,8	7	29,2	111	35,5
Remuneração adicional por conta da preceptoria	46	60,5	15	19,7	44	36,4	5	31,3	0	0	110	35,1
Reconhecimento profissional pelos gestores do serviço	28	36,8	23	30,3	34	28,1	3	18,8	5	20,8	93	29,7
Oportunidade de capacitação em educação	28	36,8	15	19,7	37	30,6	5	31,3	7	29,2	92	29,4
Valorização na carreira profissional	25	32,9	16	21,1	27	22,3	5	31,3	6	25	79	25,2
Apoio recebido para participação em eventos e congressos	29	38,2	18	23,7	15	12,4	1	6,3	9	37,5	72	23
Carga horária para atividades de ensino	33	43,4	9	11,8	19	15,7	0	0	3	12,5	64	20,4
Carga horária para atividades de pesquisa	6	7,9	4	5,3	6	5	0	0	2	8,3	18	5,8
Outro	0	0	0	0	1	0,8	0	0	0	0	1	0,3
Nenhum desses fatores está presente	0	0	1	1,3	5	4	0	0	0	0	6	1,9
Número de respondentes	76		77		126		16		24		319	
Média de fatores disponíveis por respondente	5		4		4		4		4		4	

Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item.

Entre o desejável e o real, muitas vezes observa-se certa distância. Por isso, o questionário investigou quais os fatores motivadores de fato estão presentes na realidade de trabalho dos participantes, conforme aparece na tabela 18.

A tabela 18 identifica que, na prática, dos quatro fatores motivadores mais citados na tabela 17, apenas dois deles apareceram bem colocados: o bom relacionamento com os residentes (88,5%) e a contribuição da residência para a qualidade do serviço (78,6%). Os outros dois fatores de motivação mais citados como desejáveis não aparecem entre os mais disponíveis na prática: a remuneração adicional só foi mencionada por 35,1% dos preceptores respondentes (5º lugar) e a valorização na carreira, por 25,2% (em 8º lugar).

Ao serem agregados os principais fatores motivadores para preceptores brasileiros de acordo com o ambiente predominante de prática (Atenção Primária ou Hospitalar), emergem algumas diferenças (tabelas não apresentadas). Nas duas primeiras posições para aqueles que atuam predominantemente na Atenção Hospitalar, aparecem o bom relacionamento com os residentes e a contribuição do programa de residência para a qualidade do serviço. Já para os preceptores na Atenção Primária, destacam-se a contribuição para a qualidade do serviço e a remuneração adicional. Quanto aos fatores motivadores efetivamente presentes, agregados pelo ambiente predominante de prática, o bom relacionamento com os residentes e a contribuição para a qualidade do serviço foram os fatores mais presentes na prática. A remuneração adicional por conta da preceptoria apareceu como mais disponível para os preceptores do ambiente de Atenção Primária do que para os que atuam predominantemente em ambiente hospitalar. Trinta e oito preceptores não responderam à pergunta.

Ao comparar respostas sobre os fatores desejáveis de motivação entre preceptores da Medicina de Família e Comunidade e da Ginecologia e Obstetrícia emergiram algumas diferenças: 37,7% dos preceptores de Ginecologia e Obstetrícia assinalaram o apoio à participação em eventos e congressos, comparado com apenas 17,1% dos preceptores de Medicina de Família e Comunidade. Por outro

lado, 46,1% destes últimos responderam ao item “participação nas decisões sobre a formação dos residentes”, comparados com 36,4% dos preceptores de Ginecologia e Obstetrícia (tabela 17). No que tange à comparação entre aos fatores efetivamente presentes na realidade dos preceptores dessas duas residências médicas no Brasil, quase todos os itens têm percentuais mais altos de resposta na Medicina de Família e Comunidade (tabela 18), destacando-se a disponibilidade de carga horária preservada para atividades de ensino (43,4% na Medicina de Família e Comunidade e 11,8% na Ginecologia e Obstetrícia) e a remuneração adicional (60,5% na Medicina de Família e Comunidade e 19,7% na Ginecologia e Obstetrícia).

Comparação semelhante entre respostas de preceptores das residências médicas brasileiras (agregadas) e de área profissional indicam disparidades no estímulo para atualização na área da especialidade, no apoio para participação em eventos e congressos e na carga horária para atividades de ensino (tabelas não apresentadas).

A tabela 19 apresenta os resultados das respostas sobre fatores de motivação desejáveis no Brasil e Espanha.

Tabela 19 - Fatores importantes para motivar preceptores em programas de Residência – Espanha e Brasil

Fatores importantes para motivação dos preceptores	Espanha		Brasil	
	Nº	%	Nº	%
Carga horária para atividades de ensino	73	73	45	59,2
Oportunidade de capacitação em educação	59	59	31	40,8
Bom relacionamento com os residentes	55	55	38	50
Estímulo para atualização na área de especialidade	48	48	37	48,7
Participação nas decisões sobre a formação de residentes	47	47	35	46,1
Reconhecimento profissional pelos gestores do serviço	46	46	23	30,3
Valorização na carreira profissional	38	38	46	60,5
Carga horária para atividades de pesquisa	36	36	17	22,4
Contribuição do programa de residência para a qualidade do serviço	33	33	52	68,4
Apoio recebido para participação em eventos e congressos	28	28	13	17,1
Remuneração adicional por conta da preceptoría	25	25	41	53,9
Outro	7	7	2	2,6
Número de fatores de motivação respondidos	363		304	
Número de respondentes	100		76	
Média de fatores de motivação por respondente	4		4	

Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item.

Enquanto a carga horária preservada para o ensino foi o fator motivador mais assinalado pelos preceptores de Residência em Medicina de Família e Comunidade espanhóis (73%), seguido de oportunidades de capacitação em educação (59%) e do bom relacionamento com os residentes (55%), no Brasil predominou a contribuição da residência para a qualidade do serviço prestado à população (68,4%), seguida da valorização da preceptoria na carreira profissional praticamente empatada com o tempo preservado para o ensino dos residentes (60,5% e 59,2%). Um pouco mais da metade dos preceptores brasileiros considerou desejável a remuneração adicional, comparado com apenas um quarto dos espanhóis. Quinze pessoas não responderam à pergunta (9 no Brasil e 6 na Espanha).

Na sequência, a tabela 20 apresenta os fatores motivadores de fato disponíveis para os preceptores em atividade nos dois países.

Ainda que cada respondente tivesse a opção de assinalar até cinco

Tabela 20 - Fatores motivadores presentes no contexto de trabalho de preceptores de RMFC – Espanha e Brasil

Fatores presentes	Espanha		Brasil	
	Nº	%	Nº	%
Nenhum desses fatores está presente	7	7	0	0
Preceptores que informaram algum fator motivador disponível	93	93	76	100
Bom relacionamento com os residentes	82	88,2	67	88,2
Contribuição do programa de residência para a qualidade do serviço	51	54,8	64	84,2
Participação nas decisões sobre a formação de residentes	30	32,3	38	50
Oportunidade de capacitação em educação	27	29	28	36,8
Estímulo para me atualizar em minha área de especialidade	24	25,8	39	51,3
Carga horária para atividades de ensino	17	18,3	33	43,4
Apoio recebido para participação em eventos e congressos	17	18,3	29	38,2
Valorização na carreira profissional	15	16,1	25	32,9
Reconhecimento profissional pelos gestores do serviço	9	9,7	28	36,8
Carga horária para atividades de pesquisa	3	3,2	6	7,9
Remuneração adicional por conta da preceptoria	0	0	46	60,5
Outro	1	1,1	0	0
Número de fatores respondidos	276		403	
Número de respondentes	100		76	
Média de fatores por respondente	3		5	

Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item

fatores motivadores disponíveis em seu contexto de trabalho, a média de itens assinalados pelos receptores espanhóis foi de apenas três (comparados com os cinco assinalados por brasileiros).

Em primeiro lugar, nos dois países, o fator motivador de fato presente no trabalho foi o bom relacionamento com os residentes. Na sequência, todos os demais fatores tiveram um percentual de repostas mais alto no Brasil que na Espanha. Destaca-se a remuneração adicional decorrente da preceptoria, assinalada por 60,5% dos respondentes brasileiros, e que sequer foi mencionada entre os preceptores da Espanha. Quatorze pessoas não responderam à questão (9 brasileiros e 6 espanhóis).

Necessidades de apoio para o desenvolvimento profissional

A pesquisa investigou, ainda, os aspectos relacionados com a prática profissional em que os participantes gostariam de obter apoio para aprimorar sua prática na preceptoria.

A tabela 21 apresenta as respostas de preceptores brasileiros. A cada respondente, foi dada a opção de assinalar até cinco itens.

Tabela 21 - Apoios desejáveis para o aprimoramento na prática da preceptoria, por tipo de programa - Brasil

Aspectos relativos ao ensino	Programa de residência										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Métodos de ensino-aprendizagem	54	71,1	48	63,2	85	66,9	9	56,3	16	66,7	212	66,5
Planejamento da formação dos residentes	43	56,6	44	57,9	90	70,9	8	50	17	70,8	202	63,3
Metodologias para ensinar a pesquisar	42	55,3	49	64,5	78	61,4	8	50	13	54,2	190	59,6
Definição de objetivos educacionais	35	46,1	37	48,7	74	58,3	8	50	9	37,5	163	51,1
Ensino de habilidades específicas	39	51,3	38	50	45	35,4	8	50	12	50	142	44,5
Métodos de avaliação dos residentes	32	42,1	29	38,2	49	38,6	8	50	14	58,3	132	41,4
Metodologias para ensinar conteúdos clínicos	35	46,1	34	44,7	44	34,6	5	31,3	11	45,8	129	40,4
Dinâmica de grupos	17	22,4	11	14,5	57	44,9	3	18,8	7	29,2	95	29,8
Ensino de valores e atitudes profissionais	10	13,2	25	32,9	44	34,6	8	50	5	20,8	92	28,8
Princípios de educação de adultos	27	35,5	10	13,2	18	14,2	2	12,5	2	8,3	59	18,5
Número de aspectos respondidos	335		325		584		68		106		1.418	
Número de respondentes	76		76		127		16		24		319	
Média de aspectos respondidos	4		4		5		4		4		4	

Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item

Os quatro temas mais mencionados pelos preceptores brasileiros como merecedores de apoio e aprimoramento foram: métodos de ensino-aprendizagem (66,5%); planejamento da formação dos residentes (63,3%); metodologias para ensinar a pesquisar (59,6%) e definição de objetivos educacionais (51,1%). Todos os demais ficaram abaixo da marca de 50% das respostas. Mesmo podendo assinalar cinco itens, apenas os preceptores de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher o fizeram (os demais se restringiram a marcar quatro).

A tabela 22 apresenta os apoios desejados, agregando as respostas de preceptores de residências médicas e de área profissional no Brasil.

Tabela 22 - Aspectos relativos ao ensino em que gostaria de apoio para melhorar as atividades como preceptor(a), por tipo de programa de residência (medicina e área profissional) - Brasil

Aspectos relativos ao ensino	Programa de residência				Total	
	Medicina		Área Profissional			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Métodos de ensino-aprendizagem	102	67,1	110	65,9	212	66,5
Planejamento da formação dos residentes	87	57,2	115	68,9	202	63,3
Metodologias para ensinar a pesquisar	91	59,9	99	59,3	190	59,6
Definição de objetivos educacionais	72	47,4	91	54,5	163	51,1
Ensino de habilidades específicas	77	50,7	65	38,9	142	44,5
Métodos de avaliação dos residentes	61	40,1	71	42,5	132	41,4
Metodologias para ensinar conteúdos clínicos	69	45,4	60	35,9	129	40,4
Dinâmica de grupos	28	18,4	67	40,1	95	29,8
Ensino de valores e atitudes profissionais	35	23	57	34,1	92	28,8
Princípios de educação de adultos	37	24,3	22	13,2	59	18,5
Outros	1	0,7	1	0,6	2	0,6
Número de aspectos respondidos	660		758		1.418	
Número de respondentes	152		167		319	
Média de aspectos respondidos	4		5		4	

Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item

Além dos quatro itens referidos na tabela anterior como os mais importantes para o ensino, entre os preceptores da área profissional destaca-se o apoio para promoção de dinâmica de grupos (40,1% assinalaram esse item) e o ensino de valores e atitudes profissionais (assinalado em 34,1% das respostas). Um quarto dos preceptores médicos brasileiros assinalaram os princípios da educação de adultos.

A tabela 23 apresenta os dados dos apoios à prática profissional em geral, que, segundo percepção dos preceptores brasileiros, se ofertados poderiam melhorar seu trabalho na preceptoría.

Tabela 23 - Aspectos relativos à prática profissional em que gostaria de apoio para melhorar as atividades como preceptor(a), por tipo de programa - Brasil

Aspectos relativos à prática profissional	Programa de residência										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Plano de carreira	57	77	54	70,1	70	54,7	11	68,8	13	54,2	205	64,3
Equipe adequada às necessidades do serviço	45	60,8	41	53,2	75	58,6	9	56,3	15	62,5	185	58
Gestão do tempo	42	56,8	38	49,4	76	59,4	7	43,8	13	54,2	176	55,2
Uso de Tecnologias de Informação e Comunicação	26	35,1	50	64,9	72	56,3	6	37,5	18	75	172	53,9
Apoio para solução de problemas da prática assistencial	31	41,9	45	58,4	75	58,6	9	56,3	11	45,8	171	53,6
Apoio para solução de problemas sociais dos usuários/pacientes	35	47,3	29	37,7	79	61,7	6	37,5	5	20,8	154	48,3
Mediação de conflitos	34	45,9	25	32,5	54	42,2	5	31,3	9	37,5	127	39,8
Vínculo empregatício	11	14,9	18	23,4	37	28,9	4	25	7	29,2	77	24,1
Outros	3	4,1	1	1,3	6	4,7	0	0	0	0	10	3,2
Número de itens respondidos	284		301		544		57		91		1.277	
Número de respondentes	74		77		128		16		24		319	
Média de itens do papel do preceptor respondidos	4		4		4		4		4		4	

Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item.

Foram considerados como fatores mais importantes para apoiar a prática profissional dos preceptores, no agregado dos cinco tipos de programas no Brasil: existência de plano de carreira (64,3% dos respondentes); presença de equipe adequada às necessidades do serviço (58%); a gestão do tempo (55,2%); o uso de Tecnologias de Informação e Comunicação - TICs (53,9%); e o apoio para solução de problemas da prática assistencial (53,6%). Cabe ressaltar que 38 preceptores não responderam a esta pergunta. Cabe ressaltar que 38 preceptores não responderam a esta pergunta.

Ao comparar respostas de preceptores das residências médicas brasileiras com as da área profissional, cabe destacar: o plano de carreira como o fator relativo à prática profissional mais importante para

fomento da preceptoria foi mais apontado por preceptores médicos do que por preceptores de área profissional. Embora se apresente como o sexto aspecto mais assinalado, em ambos os grupos, houve mais preceptores de área profissional do que preceptores médicos que sinalizaram a necessidade de apoio para solução de problemas sociais dos usuários/pacientes. Quando comparadas respostas de preceptores da Atenção Primária, com preceptores da Atenção Hospitalar, o apoio para solução de problemas sociais dos usuários/pacientes aparece é mais apontado pelos primeiros. Outro item digno de nota é o apoio para atuar na mediação de conflitos, mais mencionado por preceptores que atuam na Atenção Primária do que pelos que atuam na Atenção Hospitalar (tabelas não apresentadas).

As tabelas 24 e 25 apresentam respostas de preceptores de Medicina de Família e Comunidade no Brasil e Espanha acerca de apoios que gostariam de receber para melhorar seu desempenho na preceptoria. Cada respondente tinha opção de assinalar até cinco itens.

Tabela 24 - Aspectos relativos ao ensino na Medicina de Família e Comunidade em que gostaria de apoio – Espanha e Brasil

Aspectos relativos ao ensino	Espanha		Brasil	
	Nº	%	Nº	%
Métodos de ensino-aprendizagem	66	65,3	54	71,1
Ensino de habilidades específicas	66	65,3	39	51,3
Metodologias para o ensino da pesquisa	60	59,4	42	55,3
Planejamento da formação dos residentes	54	53,5	43	56,6
Metodologias para ensinar conteúdos clínicos	44	43,6	35	46,1
Definição de objetivos educacionais	39	38,6	35	46,1
Ensino de valores e atitudes profissionais	39	38,6	10	13,2
Métodos de avaliação dos residentes	38	37,6	32	42,1
Dinâmica de grupos	31	30,7	17	22,4
Princípios de educação de adultos	24	23,8	27	35,5
Outros	2	2	1	1,3
Número de aspectos respondidos	463		335	
Número de respondentes	101		76	
Média de aspectos respondidos	5		4	

Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item

Os quatro fatores mais desejáveis para apoiar a atividade da preceptoria foram os mesmos nos dois países: apoio quanto ao uso de métodos de ensino-aprendizagem, de ensino de habilidades, de ensino de metodologias de pesquisa e para o planejamento educacional. Quatorze pessoas não responderam, sendo nove no Brasil e cinco na Espanha.

Tabela 25 - Aspectos relativos à prática profissional com conseqüências para a preceptoria em que gostaria de apoio – Espanha e Brasil

Aspectos relativos à prática profissional	Espanha		Brasil	
	Nº	%	Nº	%
Gestão do tempo	70	69,3	42	56,8
Uso de Tecnologias de Informação e Comunicação	68	67,3	26	35,1
Plano de carreira	61	60,4	57	77
Apoio para solução de problemas da prática assistencial	53	52,5	31	41,9
Apoio para solução de problemas sociais dos usuários/pacientes	50	49,5	35	47,3
Equipe adequada às necessidades do serviço	47	46,5	45	60,8
Mediação de conflitos	43	42,6	34	45,9
Vínculo empregaticio	18	17,8	11	14,9
Outros	5	5	3	4,1
Número de itens relativos à pratica respondidos	345		216	
Número de respondentes	101		74	
Média de itens relativos à prática respondidos	3		3	

Nota: O preceptor poderia assinalar mais de um item

Estando a qualidade da preceptoria intrinsecamente vinculada à prática profissional do preceptor, a questão da gestão do tempo destacou-se como demandando apoio dos preceptores na Espanha (69,3% dos respondentes assinalaram esse item), sendo que no Brasil predominou a existência de um plano de carreira (77% das preferências). Com registro de mais de 60%, os itens de uso de TICs e o plano de carreira destacaram-se nas respostas dos espanhóis, e a disponibilidade de uma equipe dimensionada para as necessidades do serviço entre os brasileiros (60,8%). Dezesseis pessoas não responderam, sendo 11 no Brasil e cinco na Espanha.

Algumas considerações à guisa de conclusão

Conforme detalhado no capítulo I, a coleta de dados quantitativos foi encerrada com 463 preceptores respondentes, sendo 357 no Brasil, distribuídos por 62 programas, e 106 na Espanha. O percentual de

respostas no Brasil foi de 41%, tendo sido 871 preceptores contatados. O programa com maior número de preceptores respondentes foi a de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, talvez pela maior receptividade e interesse dos participantes em contribuir para a discussão de importantes aspectos da residência em Área Profissional de Saúde.

O perfil dos preceptores na amostra aponta predomínio do sexo feminino, na faixa etária de 31 a 40 anos de idade, tendo como maior título acadêmico a especialização, conforme exigido pela legislação. Predominaram preceptores vinculados a instituições de saúde, estatutários e com carga horária contratual entre 31 e 40 horas semanais. A maioria dos participantes mantém outro vínculo além daquele com a instituição onde desenvolve a preceptoria (nessa atuam, em média, há oito anos), exercendo-a há quatro anos (em média). O número médio de residentes atualmente sob sua responsabilidade é distinto na comparação entre Brasil (4 residentes) e Espanha (2). Outra diferença importante é que na Espanha a atuação na preceptoria demanda um processo oficial de certificação, enquanto que, no Brasil, muitas vezes é difícil estabelecer quem é preceptor ou não num dado serviço.

Os 106 preceptores espanhóis estão distribuídos nas oito províncias da comunidade autônoma estudada (Andaluzia). A maioria também é do sexo feminino, sendo a faixa etária predominante igual ou superior a 51 anos, o que pode indicar maior maturidade e experiência do profissional. Diferentemente da realidade brasileira, a maioria dos preceptores não atua profissionalmente em outra instituição de saúde, tendo vínculo estatutário na secretaria de Saúde em que exerce a preceptoria, com carga horária contratual de 37,5 horas semanais. Mais de metade dos preceptores atua conjuntamente na preceptoria de alunos de graduação em medicina e de residência. O tempo médio de atuação na instituição é longo, 22 anos, sendo o tempo médio de atuação como preceptor de 11 anos, refletindo maior grau de estabilidade dos preceptores nos serviços. Outra circunstância que merece destaque é a da precarização do vínculo empregatício no Brasil, onde um quarto dos respondentes afirmou não ter vínculo formal, ao passo que na Espanha esta proporção foi de aproximadamente um décimo da amostra.

Quanto à diversidade de tipos de atividades desenvolvidas pelos preceptores brasileiros, cada um, em média, informou realizar três outras atividades concomitantes à preceptoria, sendo as mais frequentes a assistência aos usuários/pacientes, a preceptoria de alunos de graduação e as atividades de pesquisa. Tal situação aponta um acúmulo de tarefas e afazeres do preceptor, que pode representar um fator de desgaste e desmotivação. Já os preceptores espanhóis informaram duas outras atividades concomitantes às de preceptoria, coincidentes com as duas primeiras encontradas no contexto brasileiro.

O desgaste nos programas espanhóis estudados resulta, sobretudo, do aumento da carga assistencial, decorrente das perdas na força de trabalho, dado que há alguns anos as lacunas deixadas pela saída de profissionais por aposentadoria ou morte não são preenchidas. É curioso observar que, embora nas entrevistas realizadas os preceptores brasileiros reclamassem de sobrecarga de trabalho e falta de tempo para preceptoria e supervisão dos residentes, a análise quantitativa dos dados obtidos nos questionários não indica essa sobrecarga. As respostas dos preceptores no questionário eletrônico revelaram que, embora realizem múltiplas tarefas, a maior parte deles considera a carga horária disponível adequada para o desenvolvimento da preceptoria.

Em relação às percepções dos pesquisados sobre condições de trabalho, principais dificuldades e necessidades cotidianas, de modo geral, preceptores brasileiros e espanhóis fizeram análises bastante positivas, sem indicar maiores dificuldades na realização das principais ações que desenvolvem junto aos residentes. Dentre os aspectos investigados, a maior parte dos respondentes se autorreferiu como estando bem preparados para o desenvolvimento de atividades de ensino teórico e prático, incluindo o manejo de recursos audiovisuais; a orientação dos residentes no desenvolvimento de ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde; a reflexão sobre os dilemas éticos do cuidado à saúde com os residentes; a mediação de situações de conflito; a crítica construtiva acerca do desempenho dos residentes; o estímulo ao desenvolvimento de escuta atenta dos pacientes/usuários e um bom padrão de comunicação com os membros da equipe pelos residentes, contribuindo para a educação permanente/continuada da equipe da qual faz parte. Também consideram que estão bem informados sobre

os princípios do respectivo sistema de saúde em que atuam e da rede de serviços na qual o serviço em que atuam se insere. No capítulo 9 são apresentadas algumas possíveis razões para o alto percentual de respostas favoráveis.

Nunes et al. (2011, p. 31) relatam como, nas avaliações realizadas por especialistas designados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), destaca-se a limitação de espaço físico de muitos cenários de prática, como limitadores para a ampliação da oferta de vagas de residência médica. Nas visitas de campo da Pesquisa PREPG, a infraestrutura dos serviços também emergiu como uma das maiores dificuldades enfrentadas por preceptores e residentes, mas na análise quantitativa, tal resultado não se destacou. Tanto preceptores brasileiros como espanhóis, em sua grande maioria, responderam no questionário eletrônico, que dispõe de recursos e equipamentos para o ensino, tais como aparelhos de projeção, material bibliográfico para consulta, computadores com conexão à internet e espaço físico para reuniões, aulas e atividades teóricas em geral. Os preceptores espanhóis mostram-se mais satisfeitos do que os brasileiros com as instalações físicas dos serviços e menos satisfeitos com o apoio administrativo para a residência.

No universo estudado, vêm ocorrendo iniciativas dos serviços e dos programas de residência, no sentido de apoiar o aprimoramento da preceptoria. Segundo a Associação de Educação Médica na Europa (ASSOCIATION OF MEDICAL SCHOOLS IN EUROPE, 2014), programas de residência médica, para serem bem-sucedidos, demandam lideranças nos serviços de saúde:

A crescente demanda por professores e gestores competentes na pós-graduação médica compele as lideranças atuais a criar alternativas para o treinamento de preceptores (clínician-educators) que incluem o ensino da clínica, o desenvolvimento curricular, a gestão da educação e a produção de conhecimento (HEFLIN et al., 2009, p. 233).

Tanto os preceptores brasileiros como os espanhóis, em sua grande maioria, informaram ter realizado algum tipo de capacitação/formação pedagógica nos últimos três anos. No entanto, a média de atividades identificadas por respondente foi maior entre os preceptores da Espanha

(3) do que os do Brasil (1 ou 2, a depender do tipo de programa), com destaque, no caso da Espanha, para treinamentos que incluíram temáticas de educação oferecidos pela secretaria de saúde (o que, na amostra de brasileiros, obteve a terceira colocação nas respostas). A participação em evento científico com conteúdo de formação docente foi o mais citado pelos preceptores brasileiros, sendo observado que há mais oportunidades de desenvolvimento e apoio para preceptores de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de Residência em Medicina de Família e Comunidade.

Bentes et al. (2013, p. 36) identificam fatores de motivação **intrínseco** e **extrínsecos** para o exercício da preceptoria. Entre os fatores intrínsecos destacam o estímulo a novos aprendizados decorrentes da prática do ensino, o reconhecimento dos superiores e a contribuição para a formação das novas gerações. Como fontes de motivação extrínseca, citam a remuneração adicional, o acesso a bibliotecas, e apoio a participação em eventos científicos, entre outros. O trabalho em parceria com instituições acadêmicas pode agregar motivação e prestígio à atividade de preceptoria. Nunes et al. (2011, p. 36) reportam como preceptores canadenses consideram positiva a designação oficial da condição de instrutor clínico, o que naquele contexto inclui a utilização de endereço eletrônico da instituição de ensino e acesso às bibliotecas física e virtual. Os autores também consideram a remuneração extra defensável, com base na carga horária dedicada à preceptoria, bem como a valorização no plano de carreira, à exemplo do que já ocorre em alguns estados e municípios no Brasil. Tanto nos resultados do Brasil como nos da Espanha, a maioria dos participantes da Pesquisa PREPG mencionou não ter recebido acréscimo na remuneração ou melhoria no plano de carreira como incentivo decorrente das atividades de desenvolvimento profissional, minimizando a motivação para que os preceptores busquem tais cursos e atividades.

Apesar dos percalços, mais de 80% dos respondentes do instrumento de coleta quantitativo, em ambos os países, declararam estar motivados com a preceptoria, sendo o percentual ligeiramente menor dos que se declaram decididos a continuar na função. A análise dos resultados quantitativos permite descortinar os principais apoios

que os preceptores no Brasil e na Espanha consideram necessários para facilitar sua missão, sendo os temas mais prevalentes métodos de ensino-aprendizagem, aportes para o planejamento da formação dos residentes e para ensinar a pesquisar.

Referências

ASSOCIATION OF MEDICAL SCHOOLS IN EUROPE. Disponível em: <<http://www.amse-med.eu/documents/NewLisbondeclaration.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

BENTES, A. et al. Preceptor de residência médica: funções, competências e desafios. a contribuição de quem valoriza porque percebe a importância: nós mesmos! *Cadernos da ABEM*, v. 9, p. 32-30, out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2013. Seção 1.

HEFLIN, M. T. et al. “So you want to be a clinician-educator...”: designing a clinician-educator curriculum for internal medicine residents. *Medical Teacher*, v. 31, n. 6, June, 2009.

NUNES, M. P. T. et al. Distribuição de vagas de residência médica e de médicos nas regiões do país. *Cadernos da ABEM*, v. 7, p. 28-34, out. 2011.

_____. A residência médica, a preceptoria, a supervisão e a coordenação *Cadernos da ABEM*, v. 7, p. 35-41, out. 2011.

5. Produção de conhecimento em serviços de saúde e a formação de residentes no Brasil e na Espanha: desafios da preceptoria

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR

A produção de conhecimentos em serviços de saúde vem crescendo no âmbito nacional e internacional. Novaes (2004) observa que a pesquisa em serviços tem uma dimensão interna, voltada para a investigação de seus processos e produtos (incluindo as consequências dos mesmos para a saúde daqueles a quem o serviço atende), e outra externa, que insere os serviços “na conformação dos sistemas de saúde e seu impacto sobre a saúde da população”. Destaca que, desde os anos 1980, tais estudos informam “intensos debates sobre os determinantes dos processos de saúde/doença, medicina e sociedade, políticas de saúde, desenvolvimento científico e tecnológico, epidemiologia social e epidemiologia clínica” (NOVAES, 2004, p. S148), podendo contribuir para a “maior integração entre o conhecimento clínico, epidemiológico e de planejamento e gestão, com sua articulação em sínteses que sejam capazes de orientar as ações a serem desenvolvidas”, num contexto de crescente preocupação com a efetividade e eficiência das ações prestadas.

Novaes (2004) sistematizou em três grupos as principais temáticas abordadas na pesquisa em serviços de saúde, a partir de sua revisão da literatura: estudos sobre processos e recursos na implantação de programas; análise de impactos de novas tecnologias na saúde da população atendida; e pesquisas sobre a relação entre políticas sociais e de saúde e o desempenho dos serviços/sistemas (NOVAES, 2004, p. S151-2). Identificou a utilização de uma multiplicidade de métodos para endereçar problemas de pesquisa oriundos da prática, enfrentando o problema da legitimidade tradicionalmente associada aos métodos de pesquisa biomédica. A autora questiona como é possível transpor os achados da pesquisa na tomada de decisões nos sistemas e serviços, destacando maior tradição nesse sentido em países anglo-saxões como Reino Unido e Canadá (NOVAES, 2004, p. S154).

A formação especializada em saúde, no modelo residência, tem papel estratégico na formulação de questões de pesquisa e na busca de respostas adequadas para os problemas dos serviços. No Brasil, muitos residentes desenvolvem um trabalho de conclusão de curso.

Nas residências em área profissional, o trabalho de conclusão de curso é obrigatório¹ e as atribuições do preceptor incluem “participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS” e “orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU, respeitada a exigência mínima de titulação de mestre” (BRASIL, 2012, Art. 14). Na residência médica brasileira, não há obrigatoriedade de apresentação de monografia ou TCC. A Resolução nº 02/2006 MEC/CNRM estabelece que “os programas de residência médica serão desenvolvidos com 80 a 90% da carga horária, sob a forma de treinamento em serviço, destinando-se 10 a 20% para atividades teórico-complementares” (Art. 9º). Várias instituições ofertantes da residência médica demandam elaboração de trabalho de conclusão de curso, prevista em seus regimentos.

A produção de conhecimento em serviços através de atividades de pesquisa está bastante regulada na Espanha. Ao estabelecer as funções do preceptor de residência, o Decreto Real nº 183/2008 incluiu o planejamento, gestão, supervisão e avaliação de toda a formação do residente, cabendo favorecer a “autoaprendizagem, a assunção progressiva de responsabilidades e a capacidade investigadora do residente”. Na Andaluzia, comunidade autônoma estudada na Pesquisa PREPG (ver capítulo 1), o Decreto nº 197/2007 estabelece a estrutura, organização e funcionamento dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) (ESPANHA, 2007), atribuindo aos Distritos Sanitários de Atenção Primária a responsabilidade sobre a formação, a docência e a pesquisa (Art. 3º).

Em ambos países, preceptores de residentes são chamados a participar de investigações e orientações, mas o ensino e a aplicação do método científico na investigação de temas assistenciais demandam habilidade, tempo e interesse, além de incentivos, até porque “grande parte dos trabalhadores que exerce a função de preceptor é oriunda

1 “Ao final do programa, o profissional de saúde residente deverá apresentar, individualmente, trabalho de conclusão de Residência, consonante com a realidade do serviço em que se oferta o programa, sob orientação do corpo docente assistencial, coerente com o perfil de competências estabelecido pela COREMU” (Resolução CNRMS nº 5, de 07/11/2014, Art. 3º § 2º (BRASIL, 2014).

de cursos de graduação cujos currículos eram ou são fragmentados, organizados por disciplinas e que não preparam para a docência em serviço, incluindo a orientação de pesquisa” (FAJARDO; CECCIM, 2010, p. 197).

A Pesquisa PREPG buscou compreender como, na prática, preceptores de Residência acompanham e/ou protagonizam atividades de pesquisa, e os desafios aí implicados. No Brasil, participaram preceptores que atuam em programas ofertados em ambientes de Atenção Primária e de Atenção Hospitalar. Foram pesquisados programas nas seguintes áreas: Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC); Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia (RMGO); Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF); Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher (RMSM); e Residência em Enfermagem Obstétrica (REO). No Brasil e Espanha, a pesquisa investigou a experiência de preceptores de Medicina de Família e Comunidade. Os métodos de coleta e análise de dados e a caracterização dos respondentes estão descritos no primeiro capítulo deste livro.

Resultados

Entre os participantes brasileiros, 26,9% informaram ter título de mestre ou doutor (sendo 7,0% com doutorado e/ou pós-doutorado), o mesmo ocorrendo com 18,8% dos respondentes espanhóis (sendo 16% o percentual de doutores).

A tabela 1 apresenta dados de participação dos preceptores brasileiros em pesquisa e orientação de residentes.

Os dados apontam para uma participação irregular dos preceptores nas atividades de pesquisa: os preceptores de Residência em Enfermagem e Obstetrícia foram o grupo com maior percentual de respostas positivas (70,4%), mas 44% dos respondentes responderam não ter participado de pesquisa nos últimos 12 meses. Entre os preceptores que participaram de alguma atividade de pesquisa nos últimos 12 meses, 68% orientaram residentes no período. No entanto, mais de 50% de preceptores de Residência em Medicina de Família e Comunidade, Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia e Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher não orientaram residentes no período, enquanto os preceptores de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de Residência em Enfermagem Obstétrica atuaram

Tabela 1 - Participação de preceptores em atividades de pesquisa e orientação, por tipo de programa (Brasil)

Questões	Programa de Residência										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Participou nos últimos 12 meses de atividades de pesquisa												
Sim	37	43,5	46	53,5	86	60,1	6	37,5	19	70,4	194	54,3
Não	45	52,9	40	46,5	54	37,8	9	56,3	8	29,6	156	43,7
Ignorado	3	3,5	0	0	3	2,1	1	6,3	0	0	7	2,0
Participou (nos últimos 12 meses) da orientação de residentes em atividades de pesquisa?												
Sim	34	40,0	36	41,9	86	60,1	6	37,5	16	59,3	178	49,9
Não	50	58,8	50	58,1	54	37,8	9	56,3	11	40,7	174	48,7
Ignorado	1	1,2	0	0	3	2,1	1	6,3	0	0	5	1,4

nesse tipo de orientação, com aproximadamente 60% de respostas afirmativas.

Tabela 2 - Papel do(a) preceptor(a) na orientação dos residentes em atividades de pesquisa por tipo de programa (Brasil)

Papel do preceptor	Programa de Residência										Total	
	RMFC		RMGO		RMSF		RMSM		REO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aporte de literatura científica ou para revisão	28	62,2	32	64,0	53	51,0	4	44,4	11	57,9	128	56,4
Orientação de todo o trabalho	18	40,0	32	64,0	55	52,9	5	55,6	12	63,2	122	53,7
Apoio na coleta de dados	17	37,8	16	32,0	59	56,7	5	55,6	8	42,1	105	46,3
Preparação da apresentação do trabalho	15	33,3	15	30,0	24	23,1	1	11,1	5	26,3	60	26,4
Coleta e análise de dados	8	17,8	13	26,0	25	24,0	2	22,2	1	5,3	49	21,6
Número de itens respondidos	86		108		216		17		37		464	
Número de respondentes	45		50		104		9		19		227	
Média de itens do papel do preceptor respondidos	2		2		2		2		2		2	

A tabela 2 informa os tipos de atividades incluídos na orientação de pesquisa, distribuídos por tipo de programa.

As ações de orientação de atividades de pesquisa mais citadas pelos brasileiros foram: aporte de literatura científica (56,4%); a orientação do trabalho de conclusão de curso como um todo (53,7%) e o apoio na coleta de dados (46,3%). Vale ressaltar que houve 130 preceptores que não responderam a esta pergunta.

A Pesquisa PREPG também investigou atividades de pesquisa e orientação realizadas por preceptores espanhóis na Residência em Medicina de Família e Comunidade. Na comparação, foi mais alta a participação dos preceptores espanhóis (67,0%, 71 respostas) em projetos de pesquisa, quando comparada com os brasileiros (43,5%, 37 respostas). A diferença é ainda maior para a orientação de residentes em atividades de pesquisa (76,4%, 81 respostas, e 40,0%, 34 respostas, respectivamente).

Tabela 3 - Papel desempenhado pelo preceptor em atividades de pesquisa e orientação (Brasil e Espanha)

Papel do preceptor	Espanha		Brasil	
	Nº	%	Nº	%
Aporte de literatura científica ou para revisão	43	50,0	28	62,2
Orientação de todo o trabalho	67	77,9	18	40,0
Apoio na coleta de dados	51	59,3	17	37,8
Preparação da apresentação do trabalho	36	41,9	15	33,3
Coleta e análise de dados	36	41,9	8	17,8
Número de itens do papel do preceptor respondidos	233		86	
Número de respondentes	86		45	
Média de itens do papel do preceptor respondidos	3		2	

Na sequência, a tabela 3 informa que papéis os respondentes desempenharam nas pesquisas e orientações efetuadas nos 12 meses que antecederam a coleta de dados.

O tipo de aporte aos projetos de pesquisa também apresenta variação: 77,9% dos espanhóis informaram ter orientado toda a pesquisa (comparados com 40% dos brasileiros), bem como a participação na coleta e análise de dados (41,9% e 17,8%, respectivamente). Sessenta participantes não responderam à pergunta (40 no Brasil e 20 na

Espanha). Quanto à disponibilidade de carga horária reservada para participação em pesquisas, apenas três brasileiros e seis espanhóis informaram dispor de tempo preservado para essa finalidade específica. Por outro lado, 59,4% dos brasileiros que responderam à questão (60 pessoas), e 55,3% dos espanhóis (42) desejam apoio para desenvolver habilidades de pesquisa no âmbito da ação da preceptoria.

Na coleta de dados qualitativos no Brasil, realizada em visitas de campo a 13 programas brasileiros e três províncias espanholas (ver capítulo 6), a temática da pesquisa apareceu de modo irregular. A maioria dos programas visitados não tem relação regular com instituições acadêmicas, e alguns preceptores observaram que isso acarreta dificuldades, inclusive para realizar pesquisas. No entanto, os residentes são oriundos de instituições de ensino superior e trazem uma bagagem teórica que muitas vezes não encontra ressonância na formação das práticas dos serviços nos quais atuam.

Os questionamentos frequentes dos residentes sobre os modos de operar nos serviços apareceram como fatores de tensionamento com as equipes de saúde, mas podem contribuir para a revisão de condutas inadequadas ou obsoletas, caso seja possível analisar boas práticas e sistematizar conhecimento aplicável. Dois coordenadores brasileiros comentaram que a contribuição da residência está precisamente no aporte de inovações às práticas do cuidado, e alguns coordenadores entrevistados manifestaram interesse em investir em desenhos de estudo que pudessem demonstrar a contribuição da residência para a qualidade dos serviços e a saúde da população.

Nas visitas de campo aos programas espanhóis de Residência em Medicina de Família e Comunidade, destacou-se o desafio do financiamento e gestão da pesquisa em APS, para que boas questões de pesquisa se operacionalizem em projetos de qualidade. Segundo uma gestora entrevistada, as dificuldades de pesquisa em ambientes de APS decorrem de vários fatores: o planejamento geralmente se restringe à atividade assistencial e a pesquisa não é percebida como necessária por muitos profissionais e gestores; não existem estruturas de apoio à pesquisa em APS na maioria dos centros ou distritos sanitários e a pesquisa que se realiza é pouco colaborativa e fragmentada em pequenos grupos, sem linhas de pesquisa duráveis. Além disso, a

avaliação da pesquisa adota indicadores mais afeitos ao ambiente hospitalar ou acadêmico, com critérios que priorizam publicações com elevado fator de impacto. Como agravante, recursos orçamentários para pesquisa nos anos recentes, de crise econômica, foram reduzidos, não havendo rubrica orçamentária específica nos distritos sanitários.²

Na Espanha, o programa formativo da Residência em Medicina de Família e Comunidade inclui atividades de pesquisa durante a residência (ESPANHA, 2007). Assim, os gestores das unidades docentes, instâncias gestoras da Residência em Medicina de Família e Comunidade em âmbito provincial, fomentam projetos e linhas de pesquisa, apoiando preceptores e residentes. A produção intelectual dos residentes pode restringir-se à análise de casos clínicos, elaboração de pequenos estudos observacionais e participação em jornadas ou congressos da especialidade, cabendo às unidades docentes e distritos sanitários estimular a colaboração entre diferentes centros para viabilizar projetos de maior porte.

A visita da equipe da Pesquisa PREPG ocorreu na semana anterior ao congresso anual da Sociedade Espanhola de Medicina de Família e Comunidade (SEMFyC), quando a técnica de saúde da Unidade Docente de Granada acabava de formatar trabalhos para apresentar um estudo sobre pré-diabetes que envolveu sete centros de saúde (adesão à dieta mediterrânea, exercício físico, entre outros) e uma análise da comunicação interpessoal (perspectivas de médicos e pacientes sobre o encontro clínico). Ela explicou que, em momentos assim, trabalha 12 horas por dia, e reiterou que a pesquisa depende do voluntariado, apesar de contar para a acreditação das unidades docentes e centros de saúde (com indicadores que valorizam a cooperação intercentros

2 A informação que a equipe de pesquisa recebeu é de que em um terço dos distritos sanitários não havia responsável pela pesquisa em efetivo exercício. Metade dos distritos sanitários não contava com comitê de pesquisa e a assessoria de projetos era esporádica. Ciente da necessidade de aporte específico de recursos, a Secretaria de Saúde andaluza publicou uma convocatória, aberta e permanente, para a realização de projetos de investigação e inovação em APS, fomentando a emergência de novos grupos e a pesquisa cooperativa e multidisciplinar, (a convocatória foi aberta em janeiro de 2015, permanecendo aberta até nova resolução em contrário). ANDALUZIA (Espanha). Consejería de Salud. Fundación Progreso y Salud. Convocatória. Disponível em: <<http://www.juntadeandalucia.es/fundacionprogresoysalud/gestionconvocatorias/info/info.convocatorias.fps2014AP.jsp?id=29>>. Acesso em: 13 dez. 2016.

e publicações). Entende que é necessário maior aporte metodológico e evitar descontinuidades, e observa que, apesar do interesse dos residentes em pesquisa, a redução do salário do funcionalismo e o maior número de pacientes (decorrente da não reposição da força de trabalho), associados à saída de uma liderança em pesquisa do distrito sanitário, têm causado dificuldades aos preceptores (vide capítulo 6).

Em Sevilha, a unidade docente estava sem técnico de saúde há vários meses, mas em Córdoba esse cargo vinha sendo ocupado há muitos anos por um médico epidemiologista, professor associado da Universidade de Córdoba, que ensina metodologia de pesquisa. Ele ressaltou que o Programa Oficial da Especialidade inclui “conhecimento básico geral” do método científico; espera-se, assim, que ao fim da formação todo residente tenha participado de algum projeto: “caberia ao preceptor transmitir essa motivação”. Sua função incluía elaborar o plano de pesquisa da unidade docente e estabelecer linhas de colaboração. Seu grupo participa de iniciativas do Instituto Maimônides (acreditado em âmbito nacional), o que agrega visibilidade ao trabalho: são o único grupo afiliado que investiga em APS (os demais atuam na pesquisa biomédica e hospitalar). Esses estudos, por ocasião da entrevista, incluíam a aceitabilidade de oferecer o teste de anticorpos anti-HIV (quando da solicitação de outros exames de sangue) e a comunicação clínica e efetividade da entrevista motivacional (num estudo experimental de cinco anos com pacientes polimedicados, atendidos por enfermeiras e médicos).

Já no nível dos centros de saúde, são os “responsáveis docentes” os que devem fomentar a investigação. Um preceptor entrevistado, que estava no desempenho de tal função, observou o interesse dos residentes por publicações. Identificou como, na prática, as atividades investigativas se restringem à sistematização de material para apresentação em eventos da especialidade (que ocorrem duas a três vezes por ano), ou incluem o desenvolvimento de projetos mais estruturados, de acordo com linhas de pesquisa (o que nem sempre ocorre). Depoimentos de residentes reiteraram sua motivação com a pesquisa. Um residente de primeiro ano (R1) de Córdoba entendeu que “a pesquisa é imprescindível, principalmente no sentido de avaliar o que se faz aqui”. Explicou que “por muito tempo não se importavam com o que se gastava”, mas que agora existem mais controles, com ajuda das

pesquisas: um tema citado foi “a eficácia dos fármacos, das terapias”. Na mesma província, outro residente listou estudos em andamento no serviço em que atua: uma pesquisa relaciona cardiopatia isquêmica e prática de exercícios físicos; outra realiza revisão do tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica (tema que haviam apresentado num congresso), além de dois estudos em parceria com outro centro de saúde (tratando de temáticas de nutrição e vacina da gripe).

Sobre a atuação de preceptores na pesquisa, um residente de quarto ano (R4) de Sevilha observou que “alguns preceptores gostam de pesquisa, outros não”, compartilhando que um bom preceptor estimula o residente a pesquisar “quando queremos saber algo, mas não nos damos conta, ensina a amadurecer uma pergunta de pesquisa”. A responsável docente de seu centro de saúde seria um bom exemplo: estavam investigando (com outros residentes) o uso da internet pelos pacientes em busca de informação sobre saúde. Para um estudo sobre diabetes, esse R4 vinha consultando dados dos pacientes no prontuário eletrônico e os convocava para medir a hemoglobina glicosilada (cuja dosagem compõe um indicador pactuado no contrato-programa da unidade – ver capítulo 6). A sexualidade masculina vinha sendo investigada num estudo sobre “disfunção sexual”, através do acompanhamento de três pacientes com queixas de ejaculação precoce.

A responsável docente desse centro de saúde sevilhano é muito entusiasmada, e entende que o dinheiro não é o principal fator limitador para a pesquisa, mas gostaria de mais apoio metodológico. Sobre o possível apoio da universidade na orientação metodológica, declarou não ver a universidade “muito comprometida” com a pesquisa em serviços. Por outro lado, identificou profissionais com sólida bagagem teórico-metodológica na própria Secretaria de Saúde. Em toda Andaluzia, houve ampliação da carga horária semanal dos trabalhadores de saúde em 2,5 horas (de 35 para 37,5). Nesse centro, os responsáveis pela Residência solicitaram que essa carga horária fosse dedicada à docência e pesquisa: semanalmente o grupo de residentes (desde o primeiro ano) fica no serviço após o expediente habitual para fazer pesquisa ou preparar sessões clínicas. Ainda assim, no dia da entrevista, a responsável docente e os residentes estavam tentando marcar uma reunião para distribuir as sessões clínicas, mas enfrentando dificuldades de agenda.

Discussão

Os resultados da Pesquisa PREPG indicam avanços na participação de preceptores e residentes brasileiros na produção de conhecimento em serviços. É benéfica a obrigatoriedade de apresentação de trabalhos de conclusão de cursos nas residências multiprofissionais, o que também está estabelecido em vários programas de residência médica. Nos dois países estudados, a pesquisa disputa o tempo dos preceptores com a assistência e o ensino, em contextos de forte pressão de demanda assistencial. Ainda assim, iniciativas vêm sendo tomadas, com graus de sucesso variáveis, para fomentar a pesquisa em ambientes de atenção à saúde.

No Brasil, a formação especializada e a pesquisa em serviços estão previstas em lei (BRASIL, 1990). Esta atribui responsabilidade ao sistema de saúde pela “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal”, e o Artigo 27 estabelece que “os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde - SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional” (Parágrafo Único). Observa-se um esforço de fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, por exemplo, com a criação, em 2011, do PPSUS (Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde, do Ministério da Saúde), que aproximou instâncias de saúde e de ciência e tecnologia em âmbito estadual, num modelo de fomento descentralizado à pesquisa. Carvalho et al. (2016) analisaram as consequências de pesquisas financiadas pelo PPSUS no Ceará, investigando sua aplicação na solução de problemas dos serviços. Encontraram limitada incorporação das evidências produzidas nos processos de tomada de decisão, concluindo que “a pesquisa persiste como um campo de disputas, de convergências e divergências, portanto, como espaço de conflitos entre distintos interesses, efetivando-se lentamente”. Os autores recomendam “angariar investimentos e esforços para que elas tenham seus resultados socializados para toda a comunidade, incluindo profissionais e gestores de saúde, de modo a transpor os limites do mundo acadêmico” (CARVALHO et al., 2016, p. 62).

Outra iniciativa, o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) viabilizou expressivo investimento e “potencializou a criação de centros colaboradores em avaliação em

diversas instituições de ensino superior do país e estimulou amplo processo reflexivo” (ALMEIDA; TANAKA, 2016, p. 46). Outro exemplo é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), do Departamento de Atenção Básica (Ministério da Saúde), iniciativa de âmbito nacional que avalia a Estratégia Saúde da Família, com envolvimento de profissionais e gestores na produção de informações. Alimentados em nível local, esses sistemas de avaliação angariam dados que podem informar o aprimoramento do sistema. O desafio de fomentar a capacidade de utilização de evidências produzidas na gestão permanece, o que demanda interpretação do conhecimento científico ao nível dos serviços: “percebe-se, no campo, uma lacuna no estudo de movimentos de avaliação realizados em nível local, que visem o alcance de um nível mais profundo de compreensão da organização dos serviços, incluindo relações entre formatos assumidos e contextos determinados [...]. Há especial dificuldade em se encontrar estudos sobre metodologias e estruturação de avaliações que se distanciem da aplicação padronizada de indicadores quantitativos e normativos e que tomem como base marcadores diferentes para contextos socioculturais diferentes” (ALMEIDA; TANAKA, 2016, p. 47).

Na Espanha, dois planos de qualidade do Sistema Sanitário Público de Andaluzia (SSPA) abordam a questão da pesquisa, sendo que o II Plano de Qualidade valorizou o apoio aos institutos de pesquisa provinciais e fortalecimento de redes cooperativas. O Plano de Qualidade 2010-2014 orientou promover o desenvolvimento profissional em pesquisa, mediante parcerias entre organizações produtoras de conhecimento, propondo avançar na avaliação de impacto das ações na saúde da população (CONSEJERÍA DE SALUD JUNTA DE ANDALUCÍA, 2014). Órgãos públicos potenciais financiadores da pesquisa em serviços incluem a Secretaria de Inovação, a Secretaria de Saúde, o Ministério de Ciência e Inovação e a Comissão Europeia. Agências de fomento à pesquisa constituem uma rede para execução de projetos no SSPA, divulgam os editais de apoio e assessoram os pesquisadores em metodologia científica, transferência e difusão do conhecimento gerado. A Secretaria de Saúde conta com as seguintes instâncias envolvidas com pesquisa: a) Escola Andaluza de Saúde Pública,

responsável pelo ensino de pós-graduação, pesquisa e apoio à gestão do sistema, oferece consultorias e cooperação internacional;⁴ b) Fundação Progresso e Saúde, principal entidade de apoio e gestão da pesquisa do SSPA, voltada para o fomento da inovação, dedica-se a impulsionar a pesquisa apoiando centros e grupos de pesquisa com infraestrutura, financiamento e operacionalização da produção científica, e transferência dos resultados para a indústria e para a sociedade; c) Fundação IAVANTE, braço da Fundação Progresso e Saúde, que realiza atividades formativas (utilizando o PortalEIR, plataforma virtual de formação usada inclusive na Residência) e desenvolve ações de avaliação de competências profissionais (ver capítulo 6).

Na Andaluzia, anualmente os centros de saúde acreditados para o ensino estabelecem objetivos de pesquisa nos acordos de gestão clínica (ORTEGA DEL MORAL, 2009). Para incentivar a formação de preceptores para orientação de pesquisas, foram produzidos cursos modulares. O tempo dos preceptores para a pesquisa é escasso, e precisa ser negociado com gestores, o que vem sendo dificultado pelos recortes orçamentários. As unidades docentes se articulam para fortalecer alianças e investigações cooperativas entre centros de saúde, hospitais e universidades, estimulando que os profissionais dos serviços de saúde integrem equipes de pesquisa, superando o estatuto de meros recrutadores de pacientes para os estudos.

No Brasil, iniciativas governamentais que foram adotadas para incentivar mudanças na formação profissional promovem a pesquisa em serviços. Para melhor qualificar o ensino da graduação, o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET Saúde), criado através da Portaria Interministerial MS/MEC nº 1802/08, articula apoio e valorização da preceptoría e produção de conhecimento em serviços. Segundo Alves et al. (2015, p. 532), o PET-Saúde representou uma

4 A Escola Andaluza de Saúde Pública lança mão de diversas tecnologias de ensino, comunicação e informação para ampliar e qualificar o alcance de suas ações, mediante operação de seu campus virtual. Andaluzia (Espanha). Consejería de Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. La escuela. Disponível em: < <http://www.easp.es/la-escuela/>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

possibilidade de fortalecimento da parceria universidade-serviços graças ao desenvolvimento do trabalho conjunto de ensino e pesquisa de intervenção. Em que pese a heterogeneidade qualitativa e quantitativa do conhecimento produzido nas instituições pesquisadas, “o envolvimento de profissionais do serviço em pesquisas e a disponibilização de bolsas para a função de preceptoria fortaleceram e empoderaram esses profissionais, uma vez que, historicamente, este tipo de atividade e de estímulo só era oferecido ao meio acadêmico (ALVES et al., 2015, p. 533). Cyrino et al. (2012) documentaram o papel do PET-Saúde no desenvolvimento profissional de preceptores, reiterando a importância estratégica de ações conjuntas dos ministérios da Saúde e Educação, com consequências para a graduação e pós-graduação, até porque muitos preceptores têm “dupla militância”, supervisionando residentes.

Outra iniciativa que pode estimular a produção científico-tecnológica de qualidade envolvendo a formação de residentes foi estabelecida pela Portaria nº 7, de 22 de junho de 2009, do Ministro da Educação, que “dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes” (BRASIL, 2009). Considerando a “relevância social, científica e tecnológica dos processos de formação profissional avançada, bem como o necessário estreitamento das relações entre as universidades e o setor produtivo”, a portaria estabelece parâmetros para oferta de cursos de mestrado profissional, cujo título “outorga ao seu detentor os mesmos direitos concedidos aos portadores da titulação nos cursos de mestrado acadêmico” (Art. 2º), objetivando treinamento de pessoal pela exposição dos alunos aos processos da utilização aplicada dos conhecimentos e o exercício da inovação, visando valorizar a experiência profissional (Art. 5º, Parágrafo único).

A Portaria nº 7/2009 veio ocupar lacunas normativas sobre o mestrado profissional, formato reconhecido pela CAPES desde 1998, muito pertinente na área de saúde pelo potencial de fomentar a análise e solução de problemas e preparar profissionais para “refletir e atuar criticamente sobre seu processo de trabalho” (HORTALE et al., 2010, p. 2052). Segundo Teixeira (2006), o mestrado profissional pode avançar na integração entre o mundo acadêmico e a prestação de

serviços, aproximando teoria e prática. Agregou como novidade que “no caso da área da saúde, qualificam-se para o oferecimento do mestrado profissional os programas de Residência Médica ou Multiprofissional, devidamente credenciados, e que atendam aos requisitos estabelecidos em edital específico” (Artigo 4º, item IV, Parágrafo único). Reconhecendo a potencial importância do saber de lideranças intelectuais que atuam na rede de serviços, mas sem titulação acadêmica, a portaria prevê que o corpo docente deve “apresentar, de forma equilibrada, corpo docente integrado por doutores, profissionais e técnicos com experiência em pesquisa aplicada ao desenvolvimento e à inovação” (Art. 7º, item V). A portaria lista diversos formatos de trabalhos de conclusão de curso potencialmente úteis para a inovação em serviços de saúde, como patentes, aplicativos, material didático, manuais de operação técnica, projetos de inovação tecnológica, entre outros (Art. 7º, item IX, parágrafo 3º). Por ocasião da publicação da portaria, foi lançado edital da CAPES (BRASIL, 2009) para apresentação, pelas instituições interessadas (e elegíveis, em função de contarem com programas de pós-graduação *stricto sensu* credenciados pela CAPES), de propostas de mestrado profissional associado a programas de Residência, prevendo titulação dupla, como especialista na área da saúde respectiva, e como mestre.

Cabe problematizar a capacidade de oferta de orientação para as dissertações ou trabalhos finais desses mestrados, em sua singularidade e diferença dos trabalhos de conclusão de curso das residências, lembrando que, na amostra da Pesquisa PREPG, é pequeno o percentual de preceptores de residência brasileiros que obtiveram o título de doutor (7%).

Coser (2012) também problematizou essa relação entre residência e mestrado profissional, investigando perspectivas e expectativas de residentes no Rio de Janeiro. O autor destacou o prestígio institucional associado à oferta de programas de mestrado e doutorado, ponderando que a avaliação desses programas, realizada pela CAPES/MEC, acarreta “efeitos nocivos” pela forte valorização de publicações em revistas especializadas, “o que gera, na visão de muitos, um investimento desproporcional na pesquisa e publicações, em detrimento do ensino” (COSER, 2012, p. 20). A questão que se coloca no Brasil é a do amadurecimento dos mecanismos de fomento e avaliação da pesquisa

em serviços, a partir de pactuação de uma agenda estratégica baseada na identificação de necessidades de saúde e lacunas do conhecimento aplicável nos serviços.

Considerações finais

Várias iniciativas de incentivo à pesquisa e a mudanças na graduação contribuíram para ampliar a produção de conhecimentos nos diversos cenários de prática em saúde, potencializando a pesquisa e a interface entre academia e serviços. Ainda assim, nos programas estudados, a pesquisa na Residência ainda é restrita. É necessário fortalecer mecanismos para estruturar a gestão da pesquisa em serviços, para que boas questões de pesquisa se operacionalizem em projetos de qualidade, cujos resultados sejam aproveitados na tomada de decisões. A devida formação para orientação de projetos pode ser estimulada, em formatos compatíveis com a preceptoria, podendo incluir o mestrado profissional, valorizando a capacidade de leitura crítica da realidade e intervenções baseadas em evidências.

Sensibilidade para essa temática aparece explicitada no relatório final do Quarto Simpósio Global de Pesquisa em Sistemas de Saúde, realizado em 2016 no Canadá, que destacou os desafios metodológicos implicados em fomentar a “flexibilidade, adaptação, aprendizagem e inovação”, qualidades atribuídas a “sistemas responsivos e resilientes” (VANCOUVER STATEMENT FOR THE FOURTH GLOBAL SYMPOSIUM ON HEALTH SYSTEMS RESEARCH, p. 2). Desenhos e instrumentos criativos permitiriam compreender as características de tais sistemas (e respectivos serviços), facilitando a tradução dos achados em inovações concretas em políticas e programas. Para a Organização Mundial da Saúde (2014), é necessário descentralizar a produção de conhecimento pelos sistemas de saúde: “Todos os países devem ser tanto produtores quanto consumidores de pesquisas. A criatividade e as habilidades dos pesquisadores devem ser utilizadas para fortalecer as investigações, não somente em centros acadêmicos, mas também em programas de saúde pública, que estão mais próximo da demanda e da oferta de serviços de saúde.” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016, p. 9). Essa tendência aparece nas iniciativas de países com mais tradição de pesquisa em serviços: o Departamento de Saúde inglês publicou, em 2013, documento intitulado “Prestando

serviços de qualidade, efetivos e compassivos: desenvolvendo pessoas com habilidades e valores corretos” (*Delivering high quality, effective, compassionate care: Developing the right people with the right skills and the right values*), apontando ações estratégicas para a qualidade de seu Sistema Nacional de Saúde mediante promoção da “receptividade” da força de trabalho para pesquisa e inovação, de modo a “adaptar-se às novas demandas da saúde pública, do cuidado à saúde e dos serviços de saúde” (p. 23), por exemplo, no manejo de comorbidades, pelo qual propõe parcerias com instituições acadêmicas e incremento do número de profissionais de saúde em programas acadêmicos.

No Brasil, é desejável fortalecer e ampliar as redes de grupos de pesquisa em serviços de saúde, atuando de forma interconectada. A gestão do conhecimento, a medicina baseada em evidências, a revisão crítica da literatura e a publicação de resultados de pesquisa podem ser aperfeiçoados, cuidando para não descaracterizar tais esforços pela excessiva ênfase em publicações científicas em revistas de altíssimo impacto. Em ambos os países estudados, é possível avançar na compreensão estratégica da pesquisa, tanto para informar as ações e políticas quanto para atrair novas lideranças para formulação de questões de pesquisa e sua operacionalização adequada, aplicando variados métodos. O conhecimento metodológico das diversas possibilidades da pesquisa em serviços é um dos componentes necessários de currículos de formação de preceptores, podendo fortalecer a contribuição das residências para a inovação no cuidado.

A efetivação de boas pesquisas envolvendo preceptores e residentes, no entanto, necessita de incentivos além da preparação teórica, envolvendo, por exemplo, a motivação decorrente da valorização da atividade na carreira profissional, aspecto em que os participantes espanhóis estão melhor contemplados, enquanto muitos preceptores brasileiros sequer resolveram a questão do vínculo empregatício e da precarização das relações de trabalho.

Referências

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. *Evaluation in health: participatory methodology and involvement of municipal managers*. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 50, n. 45, Aug. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006251.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2016.

ALVES, C. R. L. et al. Repercussões do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) na reforma curricular de escolas médicas participantes do programa de incentivos às mudanças curriculares dos cursos de Medicina (Promed). *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 527-536, out./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000400527&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 dez. 2016.

BRASIL. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. *Mestrado profissional associado a programas de residência em saúde*: diretoria de avaliação edital nº 02/ DAV/2009, de 03/11/2009. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/images/stories/download/bolsas/Edital_MPRM2009.pdf>. Acesso em 22 nov. 2016.

_____. Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

_____. Ministério da Educação. Portaria nº 7, de 22 de junho de 2009. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior — CAPES. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 jun. 2009. Seção 1, p. 31.

_____. Ministério da Educação. Portaria Normativa nº 17, de 28 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior — CAPES. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. 2009. Seção 1, p. 20.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em área profissional de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção 1, p. 24-25.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 2014. Seção 1, p. 34.

CARVALHO, R. R. S. et al . Programa Pesquisa para o SUS: desafios para aplicabilidade na gestão e serviços de saúde do Ceará. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 53-63, jul./set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300053&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 dez. 2016.

CONSEJERÍA DE SALUD JUNTA DE ANDALUCÍA (Espanha). Um espacio compartido: Plan de Calidade: Sistema sanitario público de Andalucía 2010-2014. Disponível em: <<http://www.juntadeandalucia.es/fundacionprogresoysalud/investigamas/files/PlanCalidaddeISSPA2010-2014.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2015.

COSER, O. Expectativas de aprimoramento pós-residência médica: hora para um mestrado profissional?. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 325-334, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2017.

CYRINO, E. G. et al . Ensino e pesquisa na estratégia de saúde da família: o PET-Saúde da FMB/Unesp. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 92-101, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 dez.. 2016. Suplemento 1.

DEPARTMENT OF HEALTH. *Delivering high quality, effective, compassionate care: developing the right people with the right skills and the right values*. May, 2013. p. 1-40. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/203332/29257_2900971_Delivering_Accessible.pdf>. Acesso em 12 nov. 2016.

DIERCKS, M. S. et al. O currículo integrado como estratégia de formação teórica em atenção primária à saúde para residentes dos Programas de Saúde da Família e Comunidade. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010, p. 173-89.

ESPAÑHA. Decreto no. 197 de 3 de julio de 2007. por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, n. 140, 17 julio 2007. p. 10. Disponível em: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr_normativas2_17>. Acesso em: 12 maio 2015.

FAJARDO, A. P.; CECCIM, R. B. O trabalho da preceptoría nos tempos de residência em área profissional da saúde. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org.). *Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 191-210.

HORTALE, V. A. et al. Características e limites do mestrado profissional na área da Saúde: estudo com egressos da Fundação Oswaldo Cruz. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2051-2058, jul. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2017.

MARTINS JUNIOR, T. et al. A residência multiprofissional em saúde da família de Sobral – Ceará. *SANARE*, Sobral, v. 7, n. 2, p. 23-30, jul./dez. 2008.

MATOS, I. B. Residência multiprofissional em saúde da família e comunidade da Uniplac: avanços, recuos e esperanças. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 319-31.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S147-S173, 2004. Suplemento 2.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial da saúde 2013: pesquisa para a cobertura universal de saúde*. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/6/9789248564598_por.pdf>. Acesso em: 1 set. 2016.

ORTEGA DEL MORAL, A. Gestión de la formación y de la investigación em atención primária. In: RÓDENAS, C. M. (Ed.). *Experiencias novedosas em atención primaria sobre gestión, docencia, formación, investigación y clínica*. Granada: Universidad de Granada, 2009.

SANTOS, L. M. P. et al. O papel da pesquisa na consolidação do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1666-1667, set. 2010.

SOUZA, L. E. P. F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. O uso de pesquisa na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 546-554, mar./abr. 2004.

TEIXEIRA, C. Significado estratégico da mestrado profissionalizante na consolidação do campo da saúde coletiva. In: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (Org.). *Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 33-48..

VANCOUVER STATEMENT FOR THE FOURTH GLOBAL SYMPOSIUM ON HEALTH SYSTEMS RESEARCH. Resilient and responsive health systems for a changing world. Vancouver, Canada. 14-18 November 2016. Disponível em: < <http://healthsystemsresearch.org/hsr2016/wp-content/uploads/Vancouver-Statement-FINAL.pdf>>. Acesso em: 14 junho 2016.

6. Gestão e preceptoria na Residência de Medicina de Família e Comunidade em uma comunidade autônoma da Espanha

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR
EPIFANIO ROMERO DE SERDIO
JOÃO JOSÉ BATISTA DE CAMPOS
CONCEPCIÓN GANDARA PAZO
MARIA ÁNGELES ÁLVAREZ HERRERO

O conteúdo do presente capítulo, que versa sobre a oferta da Residência em Medicina de Família e Comunidade na Espanha, é produto de uma aproximação sucessiva da equipe de pesquisadores brasileiros com lideranças da regulação e gestão da residência naquele país. Em visita ao Departamento de Saúde Internacional da *Escuela Nacional de Sanidad*, órgão do governo espanhol, realizada em 2010, a coordenadora da pesquisa Preceptoria em Programas de Residência: Ensino, Pesquisa e Gestão (PREPG) conheceu algumas características da oferta dessa modalidade de pós-graduação médica. Com a obtenção de uma bolsa de pesquisa oferecida pela *Fundación Carolina*, teve a oportunidade de passar o último trimestre de 2011 em território espanhol, entrevistando lideranças envolvidas com a residência que atuam no âmbito das Comunidades Autônomas.

Com o apoio da Organização Panamericana da Saúde e do Ministério da Saúde brasileiro, a partir de 2014 foi possível ampliar o escopo da pesquisa para incluir residências no Brasil e estender a coleta na Espanha. Assim, foram obtidos os necessários consentimentos para a Pesquisa PREPG (conforme descrito no capítulo 1) e compostas equipes de pesquisa em ambos os países.

Este capítulo sistematiza parte dos dados qualitativos obtidos ao longo desses seis anos de interlocução, e apoia-se em diversas fontes (descritas no capítulo 1). Preceptores, gestores e residentes foram entrevistados, centros de saúde e unidades docentes foram visitados (além disso, preceptores de oito províncias preencheram questionário estruturado *online* e os resultados obtidos estão apresentados nos capítulos 4 e 5).

Antecedentes da estruturação do sistema de saúde espanhol

Na Espanha, a formação de especialistas em saúde ocorre no Sistema Nacional de Saúde. Para compreender a oferta da Residência em Medicina de Família e Comunidade, é útil situar alguns elementos de contexto institucional, em especial sobre as características do sistema de saúde naquele país.

Em 1978, no processo de construção da democracia que se seguiu ao fim do franquismo, a Constituição Espanhola estabeleceu a descentralização do Estado nacional e criou as comunidades autônomas, nível de governo regional intermediário entre o governo central e os 50 governos provinciais. Entre as competências que poderiam ser transferidas às 17 comunidades autônomas, incluíam-se aquelas relativas ao setor saúde (PEREIRA, 2014). Na sequência, uma reforma da oferta de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) foi iniciada (ESPANHA, 1984), ocasionando importantes mudanças do modelo assistencial (ESPANHA, 1984, 1986). A Lei Orgânica da Saúde (em espanhol *Ley General de Sanidad* – LGS) (ESPANHA, 1986) estruturou a reforma sanitária prevista no programa de governo socialista (vitorioso), mas sua aprovação não foi isenta de embates.¹

Com vistas a promover a prestação de serviços em nível regional, poucos são os artigos da LGS que têm caráter de legislação básica mandatária. Foi instituído o Sistema Nacional de Saúde (SNS), sendo mantido o financiamento com recursos da Seguridade Social e estabelecidas (ou fortalecidas) redes de serviços de saúde em âmbito autonômico. A cobertura populacional ocorreu de modo progressivo,

1 Segundo Guillén (1997), “quando a primeira versão da lei ganhou circulação ao final de 1984, surgiram tensões e conflitos com médicos, farmacêuticos e parlamentares do governo e de outros partidos”. Além dos políticos conservadores que defendiam os interesses do setor privado, mesmo grupos socialistas de apoio ao governo eleito “se opuseram ao financiamento por impostos alegando um aumento desmedido no gasto público; outros criam na manutenção da estrutura centralizada de prestação de serviços”. Grupos nacionalistas naquelas comunidades autônomas que contavam com sistemas de saúde regionais em funcionamento (em especial na Catalunha e no País Basco) temiam interferências indesejáveis do governo central (GUILLÉN, 1997 apud PEREIRA, 2014, p. 175).

alcançando a universalização da assistência em 1989 (ESPANHA, 1989).²

A especialidade de Medicina de Família e Comunidade também foi criada no contexto da redemocratização do país, e já em 1978 um Decreto Real (ESPANHA, 1978b) aprovou o sistema de residência como rota oficial para a especialização médica (definindo uma lista oficial de especialidades médicas e criando o Conselho Nacional de Especialidades Médicas – CNEM, e as Comissões Nacionais de Especialidade – CNEs). Foi estabelecido o sistema de seleção unificado em nível nacional, a cargo do Ministério da Saúde, que detém a principal responsabilidade da ordenação da formação de especialistas médicos (embora o Ministério da Educação mantenha a concessão dos certificados). Num contexto político favorável,³ foi regulada a residência como única via de acesso ao título de especialista em Medicina de Família e Comunidade.

À época, ações de APS eram prestadas por “médicos titulares”, médicos da Medicina Geral de Zona e médicos dos serviços de urgência da Seguridade Social (vinculados à Administração Pública).⁴ Os médicos titulares, conhecidos como APDs (da “assistência pública domiciliar”), haviam sido aprovados em concurso público antes da

2 Mais recentemente, outro decreto (ESPANHA, 2012) restringiu a cobertura de serviços, excluindo imigrantes e pessoas que nunca contribuíram para a Seguridade Social (além de espanhóis que se afastem do país por mais de três meses). Segundo Pereira (2014), o Decreto Real 16/2012 (ESPANHA, 2012) “foi gestado em um contexto político-institucional de crise econômica e de um governo nacional de direita (PP), tendo como principal objetivo à redução dos gastos em saúde (inclusive pela incorporação de ‘copagamentos’ mais extensivos na área de medicamentos). Tal momento vem acompanhado por processos (ou tentativas) de privatização em diferentes comunidades autônomas, com destaque para os casos de Madrid e da Comunidade Valenciana” (p. 174).

3 As primeiras eleições democráticas ocorreram em 1977, a nova Constituição estava recém-promulgada pelo Congresso e havia grande interesse do Governo para ser aceito na comunidade internacional.

4 Até o fim dos anos 1980, não havia serviços de urgências nos hospitais; os casos urgentes que chegavam eram atendidos por especialistas que estivessem de plantão nos seus próprios serviços. Os serviços de urgências da Seguridade Social eram disponíveis apenas em áreas urbanas, nos quais atendiam médicos sem especialidade, em equipes móveis, quase sem equipamentos. Também nas cidades havia Casas de Socorro, atendidas por médicos APD para urgências. Relatório do Ministério Público de 1988 sobre a situação desencadeou a reorganização das urgências extra-hospitalares e organização dos serviços hospitalares de urgência.

obrigatoriedade do título de especialista e atuavam predominantemente no meio rural⁵ (lotados nos municípios pelo Instituto Nacional de Saúde – INSALUD, órgão central criado em 1978 para cuidar dos cidadãos cobertos pela seguridade social ou inscritos, por comprovada pobreza, no cadastro municipal de beneficência).

Os APDs realizavam algumas atividades de saúde pública de competência dos municípios e atendimentos de urgência. Um APD (ou o único, em povoados pequenos) era o responsável local de saúde, à frente de equipe formada por farmacêutico, veterinário, “matrona” e técnico de enfermagem. Os médicos da “Medicina Geral de Zona” atuavam nos ambulatórios da Seguridade Social em meio urbano. Incumbidos de ações de pronto-atendimento, com apoio de um técnico de enfermagem, atendiam dezenas de pacientes por turno, prescrevendo medicamentos e/ou encaminhando a especialistas. Ainda eximidos da obrigatoriedade da titulação, alguns eram especialistas e mantinham consultórios privados.

Em 1982, com a formação do primeiro grupo de especialistas em Medicina de Família e Comunidade via residência (que durava três anos), foi criada a Sociedade Espanhola de Medicina Familiar e Comunitária (SEMFyC), que os agregou (atualmente três entidades representam a especialidade). Ao longo dos anos, os princípios e diretrizes da residência foram objeto de vários regulamentos oficiais. Quando a Seguridade Social, principal empregadora de médicos, passou a demandar o título de especialista, obtido pela via da residência, para atuação de médicos em hospitais públicos, enfrentou resistências de entidades médicas, sindicatos, entre outros. Em 1995, a necessidade de especialização se tornou irreversível, com a entrada em vigor de normativa europeia demandando o título de especialista para médicos atuarem nos sistemas públicos de saúde. A obtenção do título sem passar pela residência ainda foi possível por algum tempo, baseada na

5 Em 1972, os APDs se agruparam na Sociedade Espanhola de Medicina Rural (SEMER), que em 1982 mudou de nome para Sociedade Espanhola de Medicina Rural e Assistência Primária (SEMERAP), passando em 1990 a denominar-se Sociedade Espanhola de Medicina Rural e Generalista (SEMERGEN), nome que recentemente foi modificado para Sociedade Espanhola de Médicos de Atenção Primária (mantendo a mesma sigla “SEMERGEN”).

aprovação em provas estabelecidas para tal fim, oferecidas pela última vez em 2013.

Em vésperas da entrada da Espanha na União Europeia (janeiro de 1986), um novo Decreto Real (ESPAÑA, 1986) foi aprovado, reconhecendo 49 especialidades e um sistema unificado de residência médica que inclui o credenciamento de instituições e regula as reformas introduzidas em 1978, incluindo a especialização em Medicina de Família e Comunidade.

Qualidade da atenção, formação e desenvolvimento profissional na Andaluzia

A Pesquisa PREPG escolheu a Comunidade Autónoma da Andaluzia para aprofundar a coleta de dados. Nela, a qualidade assistencial foi oficialmente associada com o desenvolvimento profissional desde o I Plano de Qualidade do Sistema de Saúde, que induziu o desenho dos “Processos Assistenciais Integrados” - PAI (ESPAÑA, 2009), história única digital do cidadão (Diraya), e a definição de linhas de pesquisa estratégicas, que incluem a APS. Os Processos Assistenciais Integrados visam fortalecer a continuidade do cuidado: cada processo foi definido com base no trajeto percorrido pelo paciente desde que entra no Sistema Sanitário Público da Andaluzia (SSPA), e inclui os atendimentos em APS, os testes diagnósticos, os diversos serviços e ação dos respectivos profissionais, os tratamentos e tecnologias aplicados (ESPAÑA, 2009, p. 51)⁶.

Já o II Plano de Qualidade do Sistema Sanitário Público da Andaluzia (2005 – 2008) planejou o desenvolvimento de ferramentas e estratégias de apoio à gestão, como a Gestão por Processos, Gestão Clínica, Gestão por Competências e o Modelo de Acreditação

6 Cada PAI engloba “o conjunto de atuações dirigidas a dar una resposta integral às necessidades (físicas, psicossociais, etc.) do paciente (homem e mulher) como sujeito ativo desde una perspectiva multidisciplinar e coordenada, para garantir a continuidade da assistência”. Para tal, o PAI detalha “atividades e responsabilidades” e identifica os pontos de entrada e saída do paciente no sistema: “trata-se de delimitar onde começa e onde termina a sequência de atividades” a depender da patologia em questão e das especificidades do quadro do paciente (ESPAÑA, 2009, p. 52).

Profissional. Deste planejamento emergiram projetos como a criação de um centro de informação e documentação em saúde e da biblioteca virtual, e o estabelecimento de parcerias com outras organizações produtoras de conhecimento (universidades, parques tecnológicos, empresas, etc.).

A gestão clínica foi adotada nos serviços de saúde na Andaluzia como um modelo para a organização dos centros e serviços de saúde, que contratualizam as prioridades, atividades e os recursos necessários, com intenção de fomentar a implicação dos profissionais da assistência, aprimorar o trabalho e aumentar a satisfação dos pacientes (ESPANHA, 2014). Cada unidade de gestão clínica (UGC) pactua um compromisso anual (aí incluídas as UGC de Atenção Primária) e estabelece objetivos de ensino e pesquisa, com base em um plano de formação e pesquisa, e também planos individualizados para seus profissionais. A inclusão, no acordo de gestão, de objetivos de formação profissional, docência e pesquisa, fomentou o compartilhamento de boas práticas, permitindo que iniciativas inovadoras de alguns centros sejam compartilhadas com outros (ESPANHA, 2007).

A gestão da qualidade engendrou a criação da Agência de Qualidade Sanitária da Andaluzia (ACSA), que atua na acreditação de instituições, programas e atividades de educação continuada. Seu modelo de qualidade dispõe de um programa de certificação de competências profissionais de adesão voluntária, com o intuito de avaliar e reconhecer os sucessos alcançados no desempenho dos profissionais em suas práticas diárias (ESPANHA, 2014). Apesar de voluntária, a certificação é valorizada na carreira profissional. O modelo de gestão por competências adotado implicou o desenvolvimento de mapas de competências, por profissão e por posto de trabalho, além de mapear competências transversais, e estabeleceu boas práticas e indicadores, para que cada profissional (preceptor ou não), junto com o responsável pelo serviço, se autoavale, definindo seu nível de desempenho e um plano de desenvolvimento individual.

O Plano de Formação Continuada constitui o terceiro pilar que sustenta o desenvolvimento do modelo de gestão por competências andaluz, junto com a acreditação de profissionais e a carreira profissional. Um de seus objetivos é potencializar o desenvolvimento de

diferentes metodologias docentes com aproveitamento das tecnologias da informação (ESPANHA, 2009). Os processos de acreditação da formação continuada procuram melhorar a competência profissional, valorizando a oferta de formação qualificada.⁷

Em 2008 foi lançado o Plano Estratégico de Formação Integral (ESPANHA, 2009), desenhado por lideranças do sistema de saúde andaluz, organizados em 17 grupos de trabalho, estabelecendo princípios para fomentar o chamado *continuum* educacional, ou seja, integrar a graduação, a residência e a educação continuada, em observância dos princípios do Espaço Europeu de Educação Superior. Seu desenvolvimento contemplou a consolidação do Programa Comum Complementar para Especialistas Internos Residentes (PCCEIR)⁸ e a acreditação de preceptores e um programa de formação de gestores. A implantação do plano conta com a utilização de tecnologias de comunicação e informação (TICs) na gestão e no ensino.

A Residência em Medicina de Família e Comunidade na Espanha

Desde 1995, as chamadas comissões de docência haviam sido incumbidas de supervisionar a formação, garantindo a implantação da programação anual pelos serviços e estabelecimento de planos formativos individuais para os residentes, além de prestar contas às instâncias gestoras superiores (ESPANHA, 1995). As comissões de docência se reúnem pelo menos uma vez por trimestre, sendo suas atas acessíveis ao público. O chefe de estudos, nomeado pelo Distrito Sanitário (que faz a gestão da APS num determinado território) dirige as atividades dos “tutores” (preceptores) e a supervisão prática do Programa Formativo Oficial. As unidades docentes contam, em sua estrutura, com técnicos

7 As atividades de formação continuada acreditadas possuem reconhecimento legal: a Lei de Ordenação das Profissões de Saúde (LEI 44/2003 - LOPS) em seu artigo 35 prevê que somente poderão ser levadas em consideração na carreira profissional as atividades de formação continuada que foram acreditadas com o selo oficial correspondente (ESPANHA, 2003).

8 O PCCEIR foi desenvolvido em 2001 para contemplar conteúdos transversais importantes para as diversas especialidades, incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes “que melhorem as condições a posterior incorporação profissional dos especialistas em formação, aproximando-os da realidade de seu entorno social e organizativo” (ESPANHA, 2009, p. 13).

em saúde pública para a execução de suas atividades.⁹

O modelo de formação da residência conta com dois marcos legais em nível nacional: a Lei de Ordenação das Profissões Sanitárias (Lei no 44/2003 - LOPS) (ESPANHA, 2003) e o Decreto Real no 183/2008 (ESPANHA, 2008). Este último define referências para adaptação da LOPS pelas comunidades autônomas, e regula os órgãos docentes de caráter colegiado, os itinerários formativos, o papel do preceptor, o processo de avaliação, bem como o papel e as responsabilidades dos residentes. Sua publicação modificou substancialmente a estrutura organizacional da residência no âmbito da APS, contemplando a criação de Unidades Docentes Multiprofissionais de Atenção Familiar, nas quais são formados os futuros profissionais de Medicina de Família e Comunidade e de Enfermagem de Família. Reiterando o papel das comissões de docência e dos chefes de estudo, o Decreto Real no 183/2008 (ESPANHA, 2008) definiu o preceptor (denominado tutor) como:

O profissional especialista em serviço ativo que, estando acreditado como tal, tem a missão de planificar e colaborar ativamente na aprendizagem dos conhecimentos, habilidades e atitudes do residente a fim de garantir o cumprimento do programa formativo da especialidade em questão [...]. É o primeiro responsável pelo processo de ensino-aprendizagem do residente, portanto manterá com este um contato contínuo e estruturado, em qualquer dispositivo da unidade docente em que se desenvolva o processo formativo. Para tal manterá entrevistas periódicas com outros tutores e profissionais que intervenham na formação do residente, com os que analisarão o processo continuado de aprendizagem e os correspondentes informes de avaliação formativa que incluirão os rodízios realizados.

As funções do preceptor incluem planejamento, gestão, supervisão e avaliação de toda a formação do residente, cabendo favorecer a “autoaprendizagem, a assunção progressiva de responsabilidades e a capacidade investigadora do residente”. O decreto estabelece que, salvo

9 Atribuições dos Técnicos em Saúde Pública e Medicina Comunitária incluem participar do planejamento, execução e avaliação do programa da especialidade com os preceptores e participar dos demais programas formativos e atividades de pesquisa desenvolvidas na unidade docente.

situações excepcionais, o preceptor “será o mesmo durante todo o período formativo, terá sob sua responsabilidade no máximo cinco residentes”. Mediante proposta do preceptor, (e de acordo com o programa da especialidade), as comissões de docência aprovam (para cada residente) um itinerário formativo operacionalizado no “plano individual de formação”, do qual participam os responsáveis docentes de cada centro de saúde acreditado.

No que tange à preceptoria, o RD 183 dispõe sobre a avaliação, incentivos e aperfeiçoamento de competências do preceptor, incumbências das comunidades autônomas que “regularão procedimentos de avaliação para acreditação e reacreditação periódicas”. Estas incluem critérios como “experiência profissional continuada como especialista, a experiência docente, as atividades de formação continuada, a atividade investigadora e de melhoria de qualidade, a formação específica em metodologias docentes, e resultado das avaliações de qualidade e pesquisas sobre o grau de satisfação [dos residentes] alcançado” (ESPANHA, 2008, art. 12). O decreto define ainda que as comunidades autônomas estabeleçam “sistemas de reconhecimento específico da ação tutorial” e “favoreçam que os tutores [preceptores] realizem atividades de formação continuada sobre aspectos relacionados com o conhecimento e aprendizagem de métodos educativos, técnicas de comunicação, metodologia de investigação, gestão de qualidade, motivação, aspectos éticos da profissão ou aspectos relacionados com os conteúdos do programa formativo [do residente]”.

O preceptor é o responsável direto pelo cumprimento do Programa Oficial da Especialidade por cada residente sob sua responsabilidade. No caso da Medicina de Família e Comunidade, o programa oficial demandou cinco anos de elaboração, tendo sido realizada em seis etapas.¹⁰ Sua publicação no

10 A primeira etapa, diagnóstico situacional, contou com chefes de estudo, preceptores e residentes para análise crítica do programa então em vigor. A segunda etapa estabeleceu consensos entre o grupo coordenador e especialistas convidados quanto ao desenho geral do Programa Oficial da Especialidade, que incluiu “a explicitação dos valores profissionais a serem demonstrados pelo médico de família (atitudes); a definição de competências essenciais: comunicação, raciocínio clínico, gestão do cuidado e bioética; a atenção a necessidades de saúde de indivíduos e grupos, o desenvolvimento de competências de ensino e pesquisa” (HARZHEIM; VICENTE; PITZ, p. 2009, p. 52). A carga horária mínima foi estipulada em quatro anos. Na quarta etapa, a proposta preliminar foi enviada para todas as unidades docentes e sociedades de especialistas, tendo recebido e incorporado sugestões de aprimoramento, o que agregou legitimidade ao novo programa. A quinta etapa incluiu a adaptação do programa aos termos da LOPS, as aprovações estabelecidas na Lei e culminou com a publicação no BOE em 3 de maio de 2005. A sexta e última etapa consistiu na implementação para a turma de residentes ingressantes mediante adesão das unidades docentes.

Boletim Oficial do Estado (BOE) ocorreu em 03/05/2005 (COMISSÃO NACIONAL DA ESPECIALIDADE DE MEDICINA FAMILIAR E COMUNITARIA, 2005). Tendo as mudanças sociodemográficas e sanitárias como pano de fundo, o programa visa a “que os médicos de família sejam competentes para dar respostas às necessidades de saúde que demanda a sociedade atual” (HARZHEIM; VICENTE; PITZ, p. 2009, p. 51). Define que o residente passe os seis meses iniciais e 50% da carga horária total da formação (distribuída ao longo de quatro anos) num mesmo centro de saúde. Cada uma das cinco áreas de competência prevê objetivos específicos e respectivas atividades, estando sistematizadas num documento que estabelece “área competencial, objetivos específicos, atividades docentes próprias agrupadas segundo prioridade e nível de responsabilidade” (HARZHEIM; VICENTE; PITZ, 2009, p. 53).

A Residência em Medicina de Família e Comunidade na Andaluzia

No âmbito do Serviço Andaluz de Saúde, o Decreto no 197/2007 estabelece a estrutura, organização e funcionamento dos serviços de APS (ESPANHA, 2007), atribuindo aos Distritos Sanitários de Atenção Primária a responsabilidade sobre a formação, a docência e a pesquisa (Art. 3). Também define que a gestão central é responsável por estabelecer prioridades em matéria de formação profissional nas unidades assistenciais, coordenar a pesquisa através dos Distritos Sanitários (Art. 9), e de dispor sobre a regulação das diferentes comissões técnicas, entre as quais, as de Formação e Docência, a de Ética e de Pesquisa (Art. 13).

Na prática, observa-se um grau expressivo de articulação entre as diversas instâncias do sistema envolvidas com a oferta da residência em Medicina de Família e Comunidade no âmbito autonômico. Após duas visitas da coordenadora da Pesquisa PREPG à Secretaria de Saúde (2011 e 2012) e duas à Unidade Docente de Sevilha, em outubro de 2014, três médicos pesquisadores brasileiros, ciceroneados pelo chefe de estudos da Província de Sevilha, visitaram três unidades docentes (das 11 existentes na Andaluzia) e quatro centros de saúde,

para entrevistar os respectivos chefes de estudo e técnicos de saúde, bem como nove preceptores de Medicina de Família e Comunidade, e observar residentes e preceptores nas atividades assistenciais. As cidades visitadas foram as capitais das províncias de Sevilha, Granada e Córdoba. Além disso, foi entrevistada a responsável pela gestão da plataforma eletrônica de gestão do ensino-aprendizagem no Sistema Sanitário Público de Andaluzia. O trabalho de campo foi registrado em diários pelos três pesquisadores, gerando um rico material que será apresentado, em parte, a seguir. Os dados qualitativos foram analisados mediante Análise de Conteúdo (BARDIN, 2008).

Em 2014, o contexto estava fortemente marcado pelas consequências da crise econômica mundial (e espanhola), que teve início em 2008 e que, seis anos depois, havia impactado a gestão financeira e administrativa do sistema de saúde na Espanha. A Andaluzia era a comunidade autônoma com maior índice de desemprego do país. O Decreto Real nº16/2012 havia restringido o direito à saúde, excluindo imigrantes e espanhóis que se afastassem do país por mais de três meses, inclusive os que emigraram em busca de trabalho (ESPANHA, 2012). O governo andaluz, de oposição ao governo central, havia decidido descumprir a normativa.

Por ocasião da visita da equipe de pesquisa, a subdireção geral que cuida da formação profissional (entre outros assuntos) estava vacante há três meses, gerando preocupação numa rede de saúde com cerca de 400 centros de saúde, que realizou em 2013 6.110.924 atendimentos de urgências e 41.533.939 consultas de atenção primária (ESPANHA, 2014), e que é importante campo de prática para residentes e alunos de graduação. Na Medicina de Família e Comunidade, a expectativa era de mudanças na Comissão Nacional da Especialidade, até então composta por históricas lideranças da APS (que acabou se confirmando). Os funcionários públicos haviam sofrido redução de 5% dos vencimentos, e a não reposição de postos de trabalhos vagos (por aposentadoria, licenças ou óbitos) ocasionava incremento na pressão da demanda assistencial sobre os profissionais em atividade. No contexto da crise, foram organizadas “Áreas de

Gestão Sanitária”¹¹ agregando centros de saúde e hospitais, com acirramento da disputa por recursos.¹²

Gestores da residência enfrentavam a falta de orçamento: entre os recursos repassados às autonomias pelo governo central, não houve alocação de nenhum valor para as unidades docentes. Antes dos recortes, uma unidade docente dispunha de cerca de 50 mil euros anuais para atender às demandas e necessidades de seus centros de saúde, o que permitia, entre outros, remunerar professores convidados para ministrar cursos teóricos. A falta de orçamento gerou ônus adicional para os gestores, demandando lançar mão de relações de amizade para garantir a oferta de boas atividades teóricas. Esse tipo de desgaste é preocupante, especialmente porque, como uma gestora observou, “as coisas boas da gestão atualmente ainda são dependentes da geração inicial que viveu a redemocratização”, mas esta se encontra atualmente na faixa dos 60 anos, o que demanda renovação de lideranças.

As unidades docentes são dirigidas por chefes de estudos, profissionais com longa carreira na docência em serviço e histórico de compromisso com a qualidade da formação. Essas instâncias estruturantes da oferta da residência oferecem a estrutura administrativa e a área física para reuniões e aulas, sediando as atividades teóricas programadas. Compete a essa instância remeter informações regularmente para a Secretaria e o Ministério da Saúde (como por exemplo, os resultados das avaliações dos residentes).

Em todos os centros de saúde, existe um preceptor responsável pelas questões de formação profissional dos residentes, escolhido pelos

11 Anteriormente, a APS no Sistema Sanitário Público da Andaluzia estava organizada em distritos sanitários que administravam centros de saúde e serviços de urgência. Em outra instância, ocorria a gestão dos serviços especializados de nível terciário (hospitais).

12 Prejuízos para a formação na residência foram relatados, como cortes na participação dos residentes de Medicina de Família e Comunidade em plantões de urgências num hospital regional (embora sua carga horária e remuneração pelos plantões sejam estabelecidas no contrato de trabalho, sendo os últimos remunerados à parte). Os residentes recebem salários e têm sua relação de trabalho regulada por legislação específica. O salário aumenta de acordo com o grau de autonomia profissional, variando entre 15.500,00 euros/ano (os quais, acrescido dos plantões, somariam 24.500,00 euros/ano) a 34.600,00 euros/ano, no quarto e último ano (2014).

pares: o responsável docente. Dificilmente há disputa pelo exercício dessa função, pois implica acúmulo de incumbências: o responsável docente está encarregado de temas da formação para todo o centro de saúde, organiza as sessões clínicas, elabora o programa docente (com atividades obrigatórias para residentes, como atividades comunitárias e de educação em saúde, pesquisas).

Os chefes de estudo explicaram o processo de incorporação de novos preceptores: uma solicitação à comissão de docência de “acreditação” do preceptor, assinada pelo diretor do centro de saúde e pelo responsável docente, apresenta os méritos do candidato. A documentação inclui um termo de compromisso e um mapa de competências, no qual o candidato oferece sugestões para o autoaprimoramento, num plano de desenvolvimento individual cuja execução tradicionalmente conta com apoio, em nível local, de preceptores mais experientes. Na prática, segundo um dos chefes de estudos, é suficiente que o novo preceptor identifique suas prioridades, cabendo formular conjuntamente um plano de formação para os quatro primeiros anos. Esse chefe de estudos enfatizou que gostaria que a renovação da acreditação de preceptores estivesse condicionada à participação de preceptores mais antigos no treinamento oferecido aos iniciantes, o que ainda não é o caso.

A indicação do chefe de estudos é feita pela direção do distrito sanitário, mediante análise de candidaturas (proposta de trabalho e entrevista). A Unidade Docente de Granada contava com 120 preceptores e 160 residentes (2014), desenvolvendo sua formação em 12 centros de saúde (distribuídos em quatro zonas formativas). Funciona nas dependências do secular Hospital San Juan de Dios (que foi frequentado pelos reis católicos Isabel de Castela e Fernando de Aragão). A Unidade Docente de Sevilha contava com 150 preceptores e 55 novos residentes, totalizando 220 residentes. À frente estava um chefe de estudos muito experiente, mas não contava com técnico de saúde há dois anos. A unidade docente formatou protocolos de supervisão para os diversos serviços onde os residentes rodam (a depender do ano de residência). Além dos residentes de Medicina de Família e Comunidade, cerca de cem residentes de diversas especialidades atuam nos centros de saúde acreditados a cada ano, sendo supervisionados por preceptores de Medicina de Família e

Comunidade (que estejam sem residentes da própria especialidade à época). Na Unidade Docente de Córdoba, a chefe de estudos estava no cargo há nove meses; seu antecessor permaneceu por quase vinte anos. Ela comentou que a preceptoría e chefia de estudos contam pontos para a carreira profissional, e explicou que a unidade docente tem mais de 25 anos, pretendendo solicitar acreditação como unidade docente multiprofissional (que recebe enfermeiros e psicólogos em formação)¹³. A província de Córdoba tem três áreas de saúde e conta atualmente com cerca de 140 residentes.

Cabe às comissões de docência adaptar o Programa Oficial da Especialidade às “idiossincrasias” do território. Cada turma de residentes tem representantes (por área geográfica) que participam da comissão, composta também pelo diretor médico do respectivo distrito sanitário, um representante dos preceptores de Medicina de Família e Comunidade, um representante dos preceptores dos hospitais (onde residentes rodam), um representante da comunidade e três gestores.

Ambientes de ensino da Medicina de Família e Comunidade e de cuidado à saúde nas três províncias visitadas

No Sistema Sanitário Público da Andaluzia, o modelo de Unidades de Gestão Clínica (UGC) foi implantado há 13 anos e supõe muitas decisões em nível local, pois as UGC estabelecem um “contrato-programa” anual com o distrito sanitário, sendo avaliadas de acordo com as metas pactuadas no contrato. Os médicos de família e comunidade trabalham das 8 às 15 horas. A grande dificuldade apontada nos centros de saúde foi o grande número de pacientes, com uma média de tempo para cada consulta estimada em sete minutos.

A equipe de pesquisa visitou quatro centros de saúde que oferecem formação de residentes. Suas instalações diferem em função, por exemplo,

13 Segundo a chefe de estudos de Córdoba, as principais “competências” a serem demonstradas pelos preceptores são a comunicação, a capacidade de planejamento, a habilidade de dar *feedback* do desempenho do residente, utilizar as melhores evidências científicas e detectar necessidades formativas (do residente e próprias).

da idade do serviço (desde o Centro de Saúde de Cartuja, em Granada, que foi o primeiro inaugurado no país, até El Alamillo, com quatro anos de idade e um projeto arquitetônico contemporâneo) e porte. Segue-se a apresentação de algumas características do ambiente encontrado:

O Centro de Saúde de Cartuja (Granada)

Esse Centro fica em uma zona pobre de Granada, com contingente expressivo de população cigana. Nas suas paredes se observam cartazes de vários toeres, a maioria de cunho promocional de saúde, como “Centro Livre de Fumaça. Não fumar. Melhor para todos”. Um chamava atenção para o enfrentamento da violência familiar: “Confie nos seus profissionais de saúde. Conte-nos o que está lhe passando. Há saída para a violência de gênero”. Um cartaz avisava dos direitos especiais dos cuidadores de pessoas com necessidades especiais: “Se possui o número de identificação como Cuidadora de *Gran Discapitado*, por favor mostre-o para que possamos atendê-la de forma preferencial em cumprimento ao Decreto 137/2002, de 30 de abril, em Apoio às Famílias Andaluzas” (ESPAÑA, 2012). Um cartaz convidava gestantes para aulas de Educação Maternal. Outro cartaz bem grande explicitava os “Direitos e deveres dos cidadãos nos serviços sanitários públicos de Andaluzia”, escrito em espanhol, anexo a outro com letras menores como texto traduzido para o inglês, francês, árabe e romeno. Os consultórios são amplos. Além da maca para exame físico, estão disponíveis negatoscópio (para análise de imagens radiológicas), balança, laringoscópio e otoscópio (pregados na parede), computador e impressora.

O Centro de Saúde La Zubia (Granada)

O Centro fica fora do centro urbano de Granada. Pelas paredes os cartazes indicavam: “Prevenir infecções está em nossas mãos”, convidando todos a lavarem as mãos após saírem do centro ou usarem os banheiros. Outro cartaz sobre violência de gênero dizia: “A violência de gênero, não a sofre apenas você. Proteja seu filho ou sua filha. Podemos ajudá-la”, seguido de um telefone e o nome do grupo de apoio. Um cartaz aludia a um programa de saúde para idosos: “Saúde 65. Exame de saúde para maiores de 65 anos, informe-se em seu centro de

saúde”. Para bebês, um cartaz oferecia o teste do pezinho: “Compareça ao centro de saúde quando seu bebê tenha cerca de cinco dias”. Situado num povoado, a partir das 22 horas é acionado, em La Zubia, um plantão de atendimento às urgências do qual participam os residentes. O Centro contava com 14 médicos de família (oito atuando como preceptores), quatro pediatras, 13 enfermeiros, dois fisioterapeutas, quatro residentes de quarto ano (R4), três ingressantes (R1) e alguns residentes de outras especialidades. Iniciou suas atividades de ensino em 2008, retomando a rotina de realizar sessões clínicas (que havia sido interrompida), as quais contam com a participação dos residentes, que debatem protocolos clínicos de atendimento à saúde da criança, do adulto, da mulher e do idoso, além de temas emergentes. As sessões podem contar com especialistas, como foi caso na semana anterior, na sessão sobre diagnóstico e tratamento em casos suspeitos de infecção pelo vírus Ebola. La Zubia também recebe alunos de graduação em medicina.

O Centro de Saúde Santa Rosa (Córdoba)

O Centro conta com nove preceptores de Medicina de Família e Comunidade e 12 residentes. Realiza uma reunião mensal para preceptores e residentes, para tratar de temas de pesquisa e docência. Um preceptor comentou que essa rotina (que também ocorre em outros centros de saúde andaluzes) é útil para a manutenção do vínculo quando os residentes estão em rodízios por serviços hospitalares. Como exemplo de coisas tratadas, citou um residente solicitando uma rotação em radiologia, um preceptor que deseja um tempo para acompanhar a prática de um dado especialista (o que implica o residente do quarto anos atender seus pacientes). Na última reunião, haviam definido a programação das sessões clínicas e respectivos responsáveis. Além da reunião mensal, preceptores e residentes se comunicam regularmente por *Whatsapp*.

O Centro de Saúde El Alamillo (Sevilha)

Está instalado em um edifício moderno inaugurado em 2010, onde também funciona um ambulatório de saúde mental, e compõe

uma unidade de gestão clínica, junto com o Centro de Saúde *San Jerónimo*, que atende cerca de 26 mil pacientes (sendo cinco mil com mais de 65 anos e 600 maiores de 85 anos).

A coordenação do cuidado se estabelece com o Hospital Virgem de Macarena, onde a diretora de El Alamillo trabalhou por muitos anos. Lá existe um clínico de referência para “consultas de alta resolução” (que têm preferência no agendamento), acompanhando a evolução de pacientes da área adscrita que estejam internados. Existe um mecanismo de “hospital-dia” para pacientes que precisem de alguma intervenção que demande apenas um dia de internação. O centro também está articulado com uma unidade de cuidados paliativos, o que evita que pacientes terminais tenham que ir ao serviço de urgências por intercorrências. Na alta hospitalar, os pacientes são orientados e recebem um documento para que procurem seu “médico de cabeceira”.

El Alamillo é o centro de saúde de Sevilha que mais atende imigrantes “sem papéis”. Nem todos falam espanhol, e são acionados mecanismos de teletradução, intérpretes e associações de apoio. Participa de um projeto internacional sobre barreiras na atenção aos imigrantes, junto com a Faculdade de Enfermagem da Universidade de Sevilha¹⁴. Oferece residência em saúde mental e para matronas, e mensalmente realizam uma sessão conjunta da Medicina de Família e Comunidade com a equipe de saúde mental.

Perspectivas e motivações de preceptores andaluzes

Apesar de a preceptoria gozar de certo prestígio e de ser valorizada no plano de carreira, o contexto de crise e os recortes orçamentários geram dificuldades e perda do entusiasmo com a função. A pressão assistencial foi mencionada frequentemente: médicos não têm

14 Uma preceptora comentou que diferenças culturais podem ser mais difíceis de entender que a língua, demonstrando perplexidade quando solicitada por um grupo de mulheres bolivianas que solicitaram a retirada de seus dispositivos intrauterinos (DIUs), ainda que bem adaptadas ao método contraceptivo, em função da ausência dos maridos, que migraram em busca de trabalho (a carteira de serviços inclui todos os métodos contraceptivos).

substitutos nem nas férias (“o principal problema é o tempo muito curto”, “a gestão do tempo é o mais difícil”), e também a restrição de espaço (“não temos espaço físico suficiente”).

Quando perguntada por que alguns médicos não são preceptores, a diretora de um centro visitado comentou que “há médicos que creem que há uma alteração na relação médico-paciente quando há um terceiro” e que alguns “não querem uma testemunha, ninguém que os julgue”. Um R4 corroborou, acrescentando que médicos (especialmente os “mais velhos”) que não fizeram a residência podem ficar inseguros “de o residente saber mais que eles”. Implicações legais da prática médica também podem ser fatores de desgaste, como um preceptor comentou: “Se você olhar a lista de deveres e direitos pendurada nas paredes do Centro vai observar muitos deveres para os médicos e poucos direitos. Temos todas as implicações jurídicas e legais que se possa imaginar. Temos como um juiz imaginário interno”.

Dois preceptores muito experientes compartilharam que atuar na preceptoria, nas condições atuais, decorre de “motivação pessoal”, tratando-se de uma “opção dura”. A manutenção da função decorreria, em boa parte, das relações que se estabelecem: “o clima é bom”, gerando a satisfação de contribuir na formação de outro profissional. Também ajudaria a “estar em dia com as diferentes áreas da medicina”.

Na visita a Córdoba, uma médica de família comentou que havia abandonado a preceptoria por considerar inaceitáveis as condições de trabalho para a formação de residentes. Em Sevilha, cerca de 50 preceptores da especialidade haviam se recusado a continuar com a preceptoria, tendo concordado em continuar mediante proposta institucional de que teriam 60 horas por ano preservadas para ensino, o que na sequência acabou não se verificando. O pouco tempo para o ensino gera, por exemplo, que atividades de pesquisa que preceptores desenvolvem com residentes sejam feitas fora do horário de trabalho.

Nas observações de atendimentos médicos, chamou a atenção a frequência de pacientes com várias patologias concomitantes. Segundo um entrevistado, “quando você pensa que o paciente veio por um motivo, aparece outro, às vezes mais grave, do que o que aparecia como motivo principal da consulta”. A presença de comorbidades no contexto

de envelhecimento populacional pressiona os preceptores a estudarem regularmente, o que seria incentivado pela presença dos residentes. Uma preceptora de Granada explicou que a preceptoría os mantém motivados, “despertos”. Já tendo preceptorado aproximadamente dez residentes ao longo dos anos, comentou que gosta de ensinar raciocínio clínico e diagnóstico diferencial, estudando junto com o(s) residente(s): “Por exemplo, se surge um tema como exploração de joelho, amanhã vamos estudar joelho [...]. Preparamos e amanhã conversamos sobre para estimular o residente e a mim também”.

Na Espanha, o preceptor “principal” acompanha todo processo formativo dos residentes sob sua responsabilidade, mesmo quando esses estão em rodízios em outros serviços. Os residentes comparecem ao centro de saúde ao qual estão vinculados para encontrar seu preceptor. Além disso, desde 2006, os centros de saúde também acolhem residentes de outras especialidades para rodízios de dois meses. Os gestores de um centro de saúde visitado observaram que alguns desses residentes de outras especialidades são muito bons, e acreditam que esse rodízio minimiza preconceitos contra a Medicina de Família e Comunidade (o estereótipo seria que os médicos de família são apenas “encaminhadores, mas quando os residentes rodam pela Medicina de Família percebem que somos muito mais que isso”).

Em algumas entrevistas, emergiram metáforas para descrever a relação preceptor-residente, em especial aquelas relativas à família: “os filhos se parecem com os pais, adquirem características do preceptor”, ou ainda: “amiúde as crianças (*“los niños”*) e os residentes se parecem conosco”. Houve quem identificasse que a relação “é como um matrimônio”.

A capacidade de fomentar graus de autonomia crescente do residente é um dos atributos formais dos preceptores espanhóis. Segundo um residente, o preceptor “fornece conhecimentos, demonstra habilidades, discute as atitudes, temas administrativos e institucionais, documentos”, mas suas intervenções dependem do ano da residência: no primeiro ano ela esteve todos os dias com o preceptor; em geral discutiam os casos ao final das consultas. Já no final da residência (R4) os residentes ficam mais sozinhos, chegando a cobrir o preceptor de férias. Um residente de Córdoba aprecia perceber que o preceptor,

ao adquirir confiança no seu trabalho, lhe confere maior autonomia, embora se mantenha disponível para eventuais dificuldades, como as de cuidar de pacientes com problemas que extrapolam o âmbito biológico:

Gosto quando o preceptor nos vai dando mais autonomia, pouco a pouco ir assumindo responsabilidade, aprendendo a técnica, aprendendo sobre as questões administrativas, os problemas sociais [...]. Sob o ponto de vista assistencial o mais difícil é quando não é um motivo médico, mas um problema social, familiar, o preceptor é, mais experimentado em como conduzir estes casos.

Com o prontuário eletrônico, que utiliza a base Diraya, implementado nos centros de saúde desde 1999, um diretor estimou uma economia de 10 a 15% das despesas, pela redução do desperdício (por exemplo, suprimindo a repetição desnecessária de exames complementares em distintos locais de atendimento). Em todos os centros de saúde, os preceptores têm acesso aos prontuários eletrônicos preenchidos pelos residentes, podendo supervisioná-los. Um preceptor entrevistado esteve muito envolvido com a implantação da plataforma, e observou como a mesma é útil para o ensino e pesquisa, pois permite auditorias, emitem relatórios sobre pacientes, tratamentos. Seu aprendizado é um componente importante da habilidade do residente.¹⁵

O momento mais difícil do processo formativo, de acordo com vários residentes, são os plantões, especialmente nos fins de semana, no qual o grau de supervisão é menor: “os plantões são pouco protegidos” (R2). Para dificultar ainda mais, duas enfatizaram o que consideram “falta de educação sanitária”: muitos pacientes que procuram atendimento nos plantões de urgência não necessitariam de atendimento imediato (febres baixas, dores difusas).¹⁶ Por outro lado,

15 Um residente explicou que a plataforma está montada com base nos Processos Assistenciais Integrados (cada um com diferentes sessões), acrescentando que às vezes os residentes ensinam aspectos do aplicativo para o preceptor. Numa observação, o programa estava bloqueado para prescrição por falta do parecer do especialista, pois se tratava de um paciente transplantado. Em tendo o paciente informado que estava de posse da medicação necessária para as semanas seguintes, foi agendada a visita ao especialista para revisão.

16 Um informante-chave observou um desvirtuamento do uso da urgência: dada a dificuldade de agendar atendimentos especializados, alguns médicos de família orientam pacientes a se dirigirem a serviços de urgências, a partir de onde têm acesso mais rápido aos especialistas.

geralmente os casos mais graves, “como infarto do miocárdio, acidentes graves, edema agudo do pulmão, vão diretamente para os hospitais”.

Atitudes de preceptores inseguros ou distantes foram vistas como problemáticas, sugerindo desinteresse: “Se você não puder ousar perguntar, [...] se o residente teme repreensões por uma pergunta [...] ou ainda se, para o preceptor, tanto faz se você sabe ou não sabe...”. O desinteresse aparece, por exemplo, na escassa supervisão da preparação de sessões clínicas ou comunicações em congressos.¹⁷ No entanto, nem sempre dificuldades na relação preceptor-residente decorrem de desatenção ou desinteresse. Um preceptor entrevistado relatou consequências de conflito de valores: experimentou desgastes pela diferente “mentalidade” do residente acerca do aborto, que é legal no país. Após um tempo decidiram que o residente deveria mudar de preceptor. O entrevistado argumentou que outro preceptor poderia ser “mais hábil em persuadir o residente de coisas novas” (referindo-se ao respeito à decisão de abortar).

Quando a relação não chega a bom termo, é frequente a mediação pelo chefe de estudos, um dos quais comentou chegar a atuar “como um advogado” (lançando mão de técnicas de conciliação familiar, por exemplo, numa situação em que o residente faltava, alegadamente por problemas de saúde na família, e queixava-se por não aprender muito na residência). A sutileza das relações entre médicos e pacientes, em especial em contextos marcados pela multiculturalidade e pela crise econômica, ensejou uma estratégia educacional de aprendizagem da comunicação interpessoal largamente empregada. A cada mês é feita a gravação, em vídeo, de uma entrevista dos residentes com pacientes, para posterior observação e autocrítica, além da crítica do preceptor. Essa técnica foi considerada muito útil por uma chefe de estudos.

As práticas nos centros de saúde são em parte definidas pela contratualização anual destes com os distritos sanitários, nos chamados contratos-programa, que incluem metas assistenciais. Na perspectiva

17 Uma residente exemplificou quão importante foi para ela o apoio do preceptor para que apresentasse um pôster sobre um caso de Malária (“nos aconselhou como contar, como estruturar o caso”).

dos residentes de Sevilha, os “objetivos” que emanam dos contratos-programa nem sempre são benéficos, podendo ser “um pouco nocivos” para a assistência, já que “muitos profissionais desconhecem o porquê de tais objetivos”.¹⁸

Nas visitas de campo, emergiu a temática do mercado de trabalho, fator de desgaste para os residentes. Apesar do investimento do sistema sanitário na formação de especialistas, a absorção dos egressos da Residência de Medicina de Família e Comunidade na rede própria é improvável, sendo escassos os concursos nos últimos anos (excepcionalmente, houve um concurso na Secretaria de Saúde andaluza em 2016). Uma R4 explicou que a oferta de trabalho se restringe a plantões nos centros de saúde. Embora desejando permanecer na Andaluzia, alguns residentes cogitam emigrar para países europeus mais ricos, onde seus colegas têm sido absorvidos pelo sistema de saúde.

Tecnologias de formação de especialistas em saúde na Andaluzia

Em 2001, a Secretaria de Saúde lançou o Programa Comum de Especialistas em Formação - PCCEIR, com um currículo baseado em competência, comum para todos os residentes da comunidade autônoma, com módulos oferecidos através de plataforma de ensino virtual: Módulo I - Organização de Saúde da Andaluzia e Bioética; Módulo II - Comunicação e Habilidades relacionadas na Ciência da Saúde; Módulo III - Investigação I (Estatística, Epidemiologia, buscas bibliográficas, Medicina baseada em evidências); Módulo IV- Metodologia de pesquisa; Módulo V- Gestão de qualidade (Gestão clínica e Gestão por processos); Módulo VI - Suporte Vital Avançado.

Iniciativa educacional de larga escala, o PCCEIR foi viabilizado pelo desenvolvimento da plataforma eletrônica de ensino e gestão da

18 A responsável docente desse centro entende que “a organização [sanitária] falha porque os objetivos não aparecem como recomendações” e os profissionais não compreendem por que devem contribuir para o alcance de determinados indicadores assistenciais (por exemplo, percentual de diabéticos que dosaram a hemoglobina glicosilada). Acha que existem problemas de “comunicação”, o que gera a impressão, para alguns, de que os objetivos/metast visam apenas economizar dinheiro, cabendo problematizá-lo com os residentes: “não temos essa cultura de uso racional dos recursos; tento ensiná-lo aos residentes”.

formação. Uma chefe de Estudos entrevistada destacou a importância estratégica da estrutura tecnológica digital PortalEIR, acrescentando que a gestão da informação sobre formação na rede de serviços precisa de apoio de pessoal administrativo apto a manejar os bancos de dados. Apesar das evidentes vantagens da plataforma eletrônica, emergiram nas visitas aos serviços de saúde algumas dificuldades de utilização.¹⁹ Dada a importância da temática da produção e utilização de informações na gestão e no ensino da residência, a equipe de pesquisa entrevistou a coordenadora de programas da linha de Aquisição e Avaliação de Competências Profissionais, da Fundação Progresso e Saúde. A entrevista ocorreu no CMAT, centro de ensino por simulações criado e mantido pela Secretaria de Saúde, que impressiona por seu porte, equipamento e diversidade de atividades, que atraem profissionais de saúde de diversos países europeus.

O Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) utilizado pela Fundação Iavante está baseada na mediação digital virtual MOODLE (*Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment*). A coordenadora entrevistada declarou que a inspiração para o desenvolvimento da plataforma foi a necessidade de compartilhar informações em tempo real. Destacou que as ferramentas tecnológicas devem acompanhar a definição do modelo assistencial, o qual demanda qualidade e quantidade de informação para implantação e acompanhamento. Antes do PortalEIR, cada instituição de saúde decidia como fazia seus registros (embora na Medicina de Família e Comunidade houvesse mais homogeneidade). O desenvolvimento da plataforma contou com apoio financeiro de fundos europeus e buscou “partir da informação necessária ao nível mais básico”, ou seja, atender às necessidades de preceptores e residentes.

No entanto, a entrevistada percebe dois problemas na utilização do portal: a plataforma poderia ser mais amigável, mais parecida com os registros que a antecederam, e quem alimenta o sistema nem sempre

19 No nível local (centros de saúde), preceptores demonstraram ceticismo sobre a implementação do PortalEIR, destacando a ausência de *feedback* dos consolidados de dados aportados. Para um preceptor, a plataforma deveria ser mais ágil, simples e amigável, com utilidades relativas a clínica, além da oferta de cursos.

compreende os ganhos de fazê-lo. A plataforma inclui ferramentas para suporte de formação virtual e de apoio à educação presencial, viabilizando a formação em larga escala²⁰ (diminuindo custos), além de prover informação para a gestão da formação, como a de avaliar a formação dos residentes através dos critérios de definição de competências.

O PortalEIR facilita a circulação de normativas e medeia a comunicação de grupos. Seus usuários incluem, ainda, técnicos de nível central da Secretaria de Saúde (que na ocasião da visita discutiam a produção de indicadores com os dados do portal), os chefes de estudos e comissões de docência e o pessoal administrativo das unidades docentes (profissionais que manipulam documentos oficiais, cadastros de residentes, planos individuais de formação, etc.); e os preceptores (que acessam o cadastro dos residentes e egressos, validam atividades informadas pelo residente).

Os residentes devem registrar suas atividades cotidianamente (o que nem sempre é o caso)²¹. O plano individual do residente formatado na plataforma é composto de: “meus cursos”, “atividade assistencial”, “atividade docente”, “calendário”, “atividade Investigadora”, “avaliação anual”, “entrevistas preceptor-residente”, “Livro do Residente”, “grupos”, “rodízios”. O PortalEIR registra ainda, potencialmente, colaboradores docentes, inquéritos de satisfação dos residentes e relatório de reflexão, segundo modelo original proposto no Livro do Residente (esses aportes dos residentes informam decisões de gestão, por exemplo, acerca dos rodízios por diferentes serviços).

Considerações finais

A Espanha obteve importantes avanços na gestão e ordenamento da formação em nível de residência, e no apoio à preceptoría. A Andaluzia

20 Um curso de prevenção do câncer havia sido recentemente oferecido a 2.800 profissionais do Sistema Sanitário Público da Andaluzia.

21 Foi informado que a substituição do “Livro de Residentes” impresso para o material eletrônico encontra certa resistência, até porque o portal não permite edição do material.

avançou muito em decorrência da visão estratégica sobre a relação entre qualidade da atenção à saúde e desenvolvimento profissional, explicitada em documento oficial bastante reconhecido entre os grupos pesquisados: o Plano Estratégico de Formação Integral. No caso da Medicina de Família e Comunidade, destaca-se a implementação de Programa Oficial da Especialidade, aprovado após longo debate, num processo de legitimação política ao longo de anos.

O mecanismo de seleção de residentes, centralizado no Ministério da Saúde, coibiu favoritismos e tem grande aceitação. É crescente a incorporação das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na oferta da residência médica. A gestão da residência e o desenvolvimento profissional dos preceptores na Andaluzia é facilitada pelo PortalEIR, cujo desenvolvimento contou com aporte de recursos de fundos europeus.

Na Espanha, em geral, e na Andaluzia, em particular, o planejamento e organização da oferta de residências médicas obedecem a uma orquestração complexa e efetiva. O estudo realizado indica que, apesar de diferenças políticas e eventuais conflitos de interesse, o modelo de oferta de residência conta com apoio expressivo em nível nacional e autonômico. No caso da Medicina de Família e Comunidade, a gestão ocorre em nível provincial, e vem sofrendo pela falta de recursos financeiros decorrente da crise econômica e recortes orçamentários para a formação profissional. Tais dificuldades são compensadas, em parte, pela extrema dedicação dos chefes de estudos e outras lideranças da formação em serviço, muitos dos quais foram ativistas da regulação da especialidade e da formatação do sistema de saúde no período que sucedeu à longa ditadura franquista.

É preocupante o desgaste que vêm sofrendo os preceptores de residentes em função da forte e crescente pressão assistencial, na falta de reposição de quadros que deixam o sistema, por aposentadoria, óbito, ou qualquer outro motivo.

Referências

ANDALUCÍA (Espanha). Consejería de Igualdad, Salud e Políticas Sociales. *Documento general de servicios de certificación de competencias profesionales*. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Rev. 1 Diciembre 2014.

_____. Consejería de Salud e Bienestar Social. *Servicio Andaluz de Salud 2012: información básica*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2013.

_____. Consejería de Salud. *Biblioteca virtual del sistema sanitario público de Andalucía*. Disponível em: <<http://www.bvsspa.es/profesionales/>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

_____. Consejería de Salud. Decreto 197, de 3 de julio de 2007. Por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud. *BOJA*, n. 140, 17 de jul. 2007. p. 10.

_____. Consejería de Salud. *La gestión clínica en el Servicio Andaluz de salud*. Disponível em: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_gestionClinica>. Acesso em: 22 nov. 2016.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2008.

COMISSÃO NACIONAL DA ESPECIALIDADE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, 2005. Disponível em: < <http://www.msc.es/en/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>>. Acesso em: 22 jun 2016.

DOTOR GRACIA, M.; FERNÁNDEZ GARCÍA, E. (Coord). *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados*. 2. ed. [Sevilla]: Consejería de Salud, 2009.

ESPAÑA. Consejería de Salud de Andalucía. *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales: calidad pro sistema*. Sevilla: Consejería de Salud, 2001.

_____. Consejería de Salud de Andalucía. *Plan estratégico de formación integral del Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Sevilla, 2009. Disponível em <<http://www.juntadeandalucia.es/servicios/planes/detalle/11713.html>>. Acesso em 11 fev. 2016.

_____. Constitución (1978). *Constitución Española*. Madri, Espanha: Congreso Nacional, 1978a.

_____. Ley nº. 44/2003, de 21 de noviembre. De ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, n. 280, 22 de noviembre de 2003. p. 41442-41458. Disponível em: <<http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>>. Acesso em: 12 maio 2015.

_____. Ley nº. 14, de 25 de abril de 1986. General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, n. 102, 29 abr. 1986. p. 15207. Disponível em: <https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499>. Acesso 25 maio 2015.

_____. Ley n.º 6, de 21 de diciembre de 2001. Orgánica de Universidades. *Boletín Oficial del Estado*, n. 307, 24 dez. 2001. p. 49400. Disponível em: < <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-24515>>. Acesso 25 maio 2015.

_____. Ministerio de Trabajo. Orden de 3 de septiembre de 1969. Por la que se establece la compensación de determinados déficit que pueden ocasionar-se em la gestión de las mutualidades laborales del régimen general de la seguridad social. *Boletín Oficial del Estado*, n. 220, 13 septiembre de 1969. p. 1452813. Disponível em: <<http://www.boe.es/boe/dias/1969/09/13/pdfs/A14528-14528.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2015.

_____. Orden de 11 de febrero de 1981. Por la que se establecen equivalencias entre las especialidades existentes con anterioridad al Real Decreto 2015 1978, de 15 de julio, y sus nuevas denominaciones y se recoge el sistema transitorio de concesión del título de Especialista a quienes hayan iniciado su formación antes de 1 de enero de 1980. *Boletín Oficial del Estado*, n. 43, 19 feb. 1981. p. 3832.

_____. Orden de 22 de junio de 1995. Por la que se, regulan las comisiones de docencia y los sistemas de evaluación de la formación de médicos y de farmacéuticos especialistas. *Boletín Oficial del Estado*, n. 155, 30 jun. 1995. p. 19793-19799.

_____. Real Decreto 1088, de 8 de septiembre de 1989. Por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes. *Boletín Oficial del Estado*, n. 216, 9 sept. 19 abr. 1989. p. 31278-31312.

_____. Real Decreto 1146, de 6 de octubre de 2006. Por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. *Boletín Oficial del Estado*, n. 240, 7 out. 2006. p. 34864.

_____. Real Decreto 127, de 11 de enero de 1984, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. *Boletín Oficial del Estado*, n. 26, 31 de enero de 1984. p. 2524-2528. Disponível em: <http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1984-2426>. Acesso em: 12 maio 2015.

_____. Real Decreto 183, de 8 de febrero de 2008. Por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. *Boletín Oficial del Estado*, n. 45, 21 de febrero de 2008. p. 10020-10035. Disponível em: <<http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-3176>>. Acesso em: 12 maio 2015.

_____. Real Decreto 2015, de 15 de julio de 1978. Por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. *Boletín Oficial del Estado*, n. 206, 29 agosto de 1978b. p. 20172. Disponível em: <http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-22162>. Acesso em 12 maio 2015.

_____. Real Decreto 3303, de 29 de diciembre de 1978. De regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica. *Boletín Oficial del Estado*, n. 29, 12 feb. 1979. p. 2735-2736.

_____. Real Decreto 639, de 25 de julio de 2014, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista. *Boletín Oficial del Estado*, n. 190, 6 de agosto de 2014. p. 63130-63167. Disponível em: <http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-8497>. Acesso em: 12 maio de 2015.

ESPAÑA. Real Decreto-Ley 16, de 20 de abril de 2012. De medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*, n. 98, 24 abr. 2012. p. 31278-31312.

GARCÍA-ARRESTO, S. et al. España: análisis del sistema sanitario 2010. *Health Systems in Transition*, v. 12, n. 4, p. 1-269, 2011. Disponível em: <http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/observatorioEuropeo/InformeHiT_SP.pdf>. Acesso em: 12 maio 2015.

GUILLÉN, A. M. Un siglo de previsión social en España. *Ayer*, n. 25, p. 151-178, 1997.

HARZHEIM, E.; VICENTE, V. C.; PITZ, P. B. (Org.). *Formación de profesionales de Salud para APS y Salud Familiar y Comunitaria em America Latina y Europa*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Espanha: Fundación para la Cooperación y Salud Internacional del Sistema Nacional de Salud de España, 2009. (Eurosocial Salud).

MARTÍNEZ, J. M.; MARTÍNEZ, F. M. La prueba MIR en la actualidad: ventajas e inconvenientes. *Educ Med*, v. 15, (Suppl 1):S1-S54, noviembre, 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe sobre la salud em el mundo 2000*. Anexo estadístico. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_annex_es.pdf?ua=1List%20of%20abbreviations>. Acesso em: 12 maio 2015.

PEREIRA, A. M. M. *Descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na Espanha: trajetórias, características e condicionantes*. 2014. 231 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Sergio Arouca, Rio de Janeiro 2014.

PROGRAMA formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid, 17 de enero de 2005. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Disponível em: < <http://www.msc.es/en/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

7. Gestão de programas de residência: desafios atuais no trabalho de coordenadores brasileiros

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR

Introdução

Com a intenção de aportar elementos de contexto que ajudassem a compreender a prática da preceptoria, a Pesquisa PREPG buscou ouvir os coordenadores de programas visitados, num total de 13 programas de residência médica e multiprofissional, em quatro regiões brasileiras. Nesse processo, os depoimentos desses gestores ganharam importância pela complexidade de suas atribuições e multiplicidade de papéis que desempenham. Sendo esse assunto ainda pouco investigado no Brasil, o presente capítulo pretende fomentar a reflexão, com base em ideias que os entrevistados compartilharam, sem a pretensão de esgotar assunto tão vasto e que tantas implicações tem para a formação especializada em saúde.

A coordenação é regulamentada de forma distinta para programas de residência médica e multiprofissional. Na residência médica, o Art. 11º da Resolução CNRM nº 2, de 3 de julho de 2013, estabelece que “o supervisor de programa de Residência Médica deverá ser médico especialista, integrante do corpo docente da instituição de saúde”. O parágrafo único explicita que “o supervisor do programa de Residência Médica será responsável pela gestão do programa”. As normas sobre coordenação da residência multiprofissional são mais minuciosas: a Resolução nº CNRMS 2/2012 (Art. 8º) define dez competências do coordenador do programa,¹ a saber (BRASIL, 2012):

1 No caso das residências multiprofissionais, o coordenador de programa conta com o apoio do Núcleo Docente Assistencial Estruturante – NDAE (Resolução CNRMS nº 2/2012 Art. 9º), “constituído pelo coordenador do programa, por representante de docentes, tutores e preceptores de cada área de concentração, com as seguintes responsabilidades: I) Acompanhar a execução do PP, propondo ajustes e mudanças quando necessários, à coordenação; II) Assessorar a coordenação dos programas no processo de planejamento, implementação, acompanhamento e avaliação das ações teóricas, teórico-práticas e práticas inerentes ao desenvolvimento do programa, propondo ajustes e mudanças quando necessários; III) Promover a institucionalização de novos processos de gestão, atenção e formação em saúde, visando ao fortalecimento ou construção de ações integradas na(s) respectiva(s) área de concentração, entre equipe, entre serviços e nas redes de atenção do SUS; IV) Estruturar e desenvolver grupos de estudo e de pesquisa, que fomentem a produção de projetos de pesquisa e projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para a qualificação do SUS” (BRASIL, 2012).

I) Fazer cumprir as deliberações da COREMU [Comissão de Residência Multiprofissional]; II) Garantir a implementação do programa; III) Coordenar o processo de autoavaliação do programa; IV) Coordenar o processo de análise, atualização e aprovação das alterações do projeto pedagógico junto à COREMU; V) Constituir e promover a qualificação do corpo de docentes, tutores e preceptores, submetendo-os à aprovação pela COREMU; VI) Mediar as negociações interinstitucionais para viabilização de ações conjuntas de gestão, ensino, educação, pesquisa e extensão; VII) Promover a articulação do programa com outros programas de Residência em saúde da instituição, incluindo a médica, e com os cursos de graduação e pós-graduação; VIII) Fomentar a participação dos residentes, tutores e preceptores no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais em toda a extensão da rede de atenção e gestão do SUS; IX) Promover a articulação com as Políticas Nacionais de Educação e da Saúde e com a Política de Educação Permanente em Saúde do seu estado por meio da Comissão de Integração Ensino-Serviço - CIES; X) Responsabilizar-se pela documentação do programa e atualização de dados junto às instâncias institucionais locais de desenvolvimento do programa e à CNRMS [Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde].

No presente capítulo, estão nomeados como gestores tanto coordenadores e supervisores de programa quanto tutores, quando o assunto em pauta se ativer às atividades de apoio à gestão.

Salientando a escassez de estudos brasileiros sobre preceptores e gestores de residência, Nunes et al. (2011, p. 37) observam que os “supervisores” de programas de residência médica “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, devendo ser também certificados, reconhecidos e remunerados”. Os autores preconizam o protagonismo de gestores e preceptores, que além de estarem atualizados na legislação em vigor, estariam incumbidos de organizar atividades de desenvolvimento profissional, e participar “ativamente dos processos na área de educação e gestão da formação médica” (p. 37). As funções desempenhadas por coordenadores ajudam a estabelecer (ou não) condições de ensino para os preceptores e aprendizagem para os

residentes. A gestão é um dos fatores de qualidade do programa, segundo um dos grupos que participou da coletânea elaborada pelo Ministério da Saúde sobre residência multiprofissional (2006): em Marília (SP), Fabron Júnior et al. (2006, p. 106) destacam o cuidado de gestores de residência com a “manutenção de uma relação de reciprocidade entre a coordenação do programa e residentes, preceptores e tutores, por meio de reuniões administrativas e educação permanente; [destacando como a] equipe de coordenação do programa vem buscando desenvolver ações colegiadas, incluindo o gestor do serviço de saúde”.

Neste capítulo, analisaremos algumas percepções e ações de coordenadores de programas de residência, buscando entender como os mesmos constroem sentido sobre suas práticas. Os programas visitados foram selecionados com base na consulta a informantes-chave sobre quais avançaram na implementação, podendo ser considerados inovadores. Com esse tipo de critério de amostragem intencional (MAXWELL, 1996), no presente capítulo são descritos e analisados depoimentos de gestores e ações que não necessariamente representam o conjunto dos programas de residência no país. Por outro lado, as entrevistas permitiram obter elementos de processo de gestão, e de como os coordenadores fazem sentido dos desafios que enfrentam, além de descrições das atividades, estratégias e instrumentos que desenvolvem. O material obtido nas entrevistas é longo, e a seguir serão apresentados alguns temas que emergiram na análise de conteúdo (BARDIN, 2008), de modo a avançar na problematização dessa importante função no contexto da regulação e aperfeiçoamento da formação em saúde no Brasil.

Foram entrevistados 20 gestores (coordenadores de programa ou de serviços envolvidos com a oferta de residentes), em 13 programas² em quatro regiões brasileiras. Separadamente, residentes e preceptores também foram entrevistados, aplicando-se a técnica de grupos focais. Todos receberam e assinaram Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo,

2 Quatro programas visitados são de Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC), quatro de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), dois de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia (RMGO), dois de Residência em Enfermagem Obstétrica (REO) e um de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher (RMSM).

após transcrição. Elementos que pudessem identificar os informantes foram omitidos para preservar a anonimidade.

Resultados

Para os preceptores que participaram da Pesquisa PREPG (vide capítulo 4), contribuir para a qualidade dos serviços é um dos principais fatores de motivação no trabalho com residentes. O mesmo se verifica quanto aos gestores: muitos se gratificam ao perceber como a residência provoca mudanças positivas no processo de trabalho. Uma coordenadora destacou como a residência “está sempre produzindo novas tecnologias para o sistema”, beneficiando-se da “visão crítica, questionadora” dos residentes, ainda que nem todos recebam bem as críticas, que podem gerar “um certo incômodo”. Mediar a situação para potencializar os benefícios dos questionamentos faz parte da tarefa dos gestores, como no episódio de críticas feitas por um grupo de residentes, que soaram desafiadoras para alguns membros da equipe de saúde. Ainda assim, para essa entrevistada, “não há como a gente fugir de ser um sistema que reflete, que critica, que traz a problematização na sua agenda cotidiana”. Essa coordenadora citou um gestor de unidade de saúde, que afirmou: “se eles [residentes] não incomodam, a gente se acomoda”, observando como “na hora tem aquele desgastezinho, mas o que fica é importante”.

Inovação é necessária também nos processos educacionais, e vários gestores buscam investir na formação pedagógica dos preceptores. Em um dos programas, houve o cuidado de fazer um levantamento prévio de necessidades, e os preceptores “trouxeram um pouco para a gente quais eram as principais dificuldades e principais demandas”. Cientes da insegurança dos mesmos com questões teóricas, “nós fomos buscar textos e organizar como a gente apresentaria esses textos e essa teoria para operacionalizar, na prática, o que era um papel de preceptor”. A partir da bagagem teórica da coordenadora e tutoras, foram destacados o papel de facilitador e a habilidade de problematização: “são metodologias de aprendizagem que pegam desde o *behaviorismo* até o construcionismo e o interacionismo social. A gente vai trabalhando e vai sempre contextualizando”. A logística para esses processos formativos demanda tempo, que precisa ser negociado na maioria dos programas. Nesse programa, o planejamento das sessões é anual e

enviado aos gestores dos serviços com meses de antecedência. “Pegamos quinzenalmente duas horas na unidade e temos que ter uma parceria desse gestor [...] para que o preceptor possa estar com a gente”.

Compatibilizar múltiplas agendas pode gerar atividades fora do horário regular de trabalho, como no caso de um programa em que atividades teóricas ocorrem à noite. Resta à coordenação solicitar que preceptores e tutores trabalhem fora do horário, ou em última hipótese, lançar mão de docentes convidados: “É difícil porque quando a gente traz para facilitar os ciclos ou para ser docente dos ciclos de aprendizagem alguém que é muito externo ao programa, não tem esse *link* com a nossa proposta de formação”. A pouca ingerência sobre o tempo dos preceptores é um desafio em várias situações, como compartilhou uma coordenadora, tratando da supervisão nos cenários de prática, quando faltam preceptores: “então a gente tem que fazer os arranjos. [...] O preceptor, um dos pontos frágeis que a gente percebe, é essa questão da carga horária, que é insuficiente. Uma outra coisa é que a gente não tem essa gerência sobre a agenda [assistencial]”.

Alguns coordenadores se reportaram à época em que as instituições, através de mecanismo de convênio, contavam com recursos federais para a oferta do programa: “a gente tinha o repasse para a instituição e a instituição fazia a gestão desse dinheiro para a residência. Com o modelo de edital, a gente deixa de receber”. Atualmente, o apoio financeiro do Ministério da Saúde, quando estabelecido, restringe-se às bolsas pagas aos residentes, cabendo às proponentes arcar com as demais despesas inerentes ao programa. A residência precisa contar com os recursos dos serviços de saúde que, caso faltem, geram reclamações dos residentes junto à coordenação, como na Estratégia Saúde da Família em um dos municípios visitados: “as condições materiais, os insumos que não têm, [...] exame está faltando, falta gaze, luva [...]. A parte estrutural também, da prefeitura, deixa muito a desejar, acho que é uma tecla que a gente deve bater e não vejo perspectiva de melhoras”.

Na impossibilidade de alocação, pelos municípios, de recursos com contratação de pessoal devido às restrições legais, a precarização dos vínculos empregatícios causa problemas para a oferta de residências. “Um problema que nós temos é exatamente pela precarização, em relação ao processo de trabalho dos tutores, do vínculo deles”, comenta uma coordenadora sobre o desgaste para conseguir manter o grupo de

tutores coeso, já que nem todos têm vínculos estáveis:

Houve um momento em que a gente tinha um grupo mais regular. Apesar de a gente manter o núcleo desse grupo, a gente tem sofrido [...]. Há profissionais que passam em concurso, [...] as próprias instituições de ensino privado têm um interesse muito grande por esse profissional. Na medida em que eles vão se qualificando, fazendo mestrado, eles vão sendo absorvidos por essas instituições, pois elas acabam oferecendo condições mais estáveis, carteira assinada, um salário mais atrativo do que o sistema local consegue disponibilizar. [...] O fato de não ter minimamente a CLT, isso para a gente realmente prejudica.

Restrições de recursos humanos, na capacidade instalada e na disponibilidade de insumos aparecem como obstáculos à ampliação da oferta de vagas, segundo uma coordenadora de Residência em Medicina de Família e Comunidade: “por falta de um consultório ou dois, eu não consigo colocar um estudante de graduação ou mais um residente. [...] A gente está limitado por uma estrutura pequena”. A falta de recursos humanos foi associada à legislação em vigor, que restringe a capacidade de gestão da força de trabalho pelos municípios:

Quando foi feita, essa lei de responsabilidade fiscal era necessária [...] mas não se levou em conta no cálculo que, se cumprido o direito constitucional, a saúde e a educação geridos pelo município [...] de maneira lícita, pública, através de concurso, iria estourar a lei de responsabilidade fiscal [...]. O professor, o profissional de saúde está a serviço da cidade. Então a lei hoje é o principal impedimento para que o município consiga, às vezes, recursos para consolidar a rede.

Considerando a sobrecarga que incide no cotidiano de trabalho, aliada à precarização de vínculos empregatícios em alguns programas estudados (gerando rotatividade de quadros), a equipe de pesquisa questionou os mecanismos de seleção e recrutamento de novos preceptores. As situações variaram de a preceptoria ser compreendida como inerente ao trabalho assistencial, como no caso de um hospital público visitado (gerando atritos entre coordenação da residência e “preceptor” com conduta inadequada), até instituições onde a preceptoria era considerada um diferencial na carreira profissional, em termos de prestígio e remuneração adicional, facilitando a inserção de

novos preceptores. Em um programa de residência multiprofissional, a coordenadora informou que profissionais convidados costumam aceitar a incumbência: “a Secretaria de Saúde já deu anuência para que essa pactuação fosse feita. [...] A experiência da preceptoria, eu percebo que tem incentivado aos profissionais a buscarem estudar mais. [...] É muito bom porque a gente não fica parada, porque a residência instiga muito”. A aceitação pelo profissional convidado, no entanto, não garante o adequado desempenho: “por mais que a gente identifique, pesquise, nem sempre consegue o perfil ideal. E às vezes a gente tem que procurar mesmo uma redução de danos”. Isso significa trabalhar com preceptores que não têm o perfil desejado: “a gente não quer deixar o residente sem preceptor, [...] a gente vai ter que apostar nela [nova preceptora] porque é a que mais se aproxima, e isso também não é bacana”. Num programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, a situação é mais complicada para conseguir supervisão nos rodízios nas especialidades:

Como a gente tem que captar preceptor, tem que ir lá pedir por favor, se ele aceita receber, [...] a gente implora. [...] Alguns estão mais abertos, mas muitos não. Por exemplo, agora nós estamos, conseguimos uma endocrinologista para receber os nossos residentes. Ela está superaberta, [...] é uma rotação importante dentro da residência, porque ainda vai para a atenção secundária muita coisa que poderia estar sendo resolvida na atenção primária, e o que acontece? Ela tem um volume de pacientes diário muito grande para atender e ela me disse [...]: eu não consigo receber residente com qualidade com esse volume que eu atendo diário. Eu já fiz proposta para a gestão, de reduzir [os atendimentos] nos dias que os residentes estiverem comigo e [...] a gestão está negando.

Esse coordenador explicou que tentaria persuadir a gestão do serviço onde a especialista atua, para viabilizar sua atividade no ensino. Tal interface de negociação com gestores da rede de serviços apareceu também numa entrevista com coordenador de RESidência Multiprofissional em Saúde da Família: “É um processo muito cansativo para a gente, pois você tem que pactuar com um, tem que pactuar com o outro. Se você não falou com um também, você conversa com o gerente da unidade. [...] É extremamente cansativo, desgastante”.

Em um dos municípios visitados, no qual a preceptoria da Residência

em Medicina de Família e Comunidade implicava remuneração extra, a coordenação criou mecanismos de seleção para minimizar favoritismos: “Se o médico tem interesse em ser preceptor, que ele construa esse entendimento, esse cenário, a partir dos espaços oficiais, como a reunião de unidade”. Esse coordenador explicou que, em seu município, as unidades de Saúde da Família são convidadas a apresentarem um projeto, caso desejem se tornar cenário de ensino-aprendizagem de residentes: “então a gente conseguiu estruturar um processo muito mais robusto de seleção de preceptores, transparente, que não fica aquela questão de poder ser questionado a respeito de uma indicação com preferência, pois foi colocado da mesma maneira para todos”.

A perda de preceptores que já têm alguma prática gera desgastes para a coordenação. Ainda assim, há situações em que a coordenação precisa dispensar algum preceptor por desempenho insuficiente, como relataram gestoras de um programa que ocorre em cenário de atenção primária. Conflitos entre um preceptor e o grupo de residentes vinham sendo reportados pelos residentes, e as conversas da coordenação com o preceptor não ensejavam mudança de atitude. Apesar de atuar no programa há dois anos, naquele ano o preceptor agendava atividades e não comparecia, se omitia em diversas situações, e as queixas foram se avolumando. Fracassando em mediar a relação preceptor/residentes, as coordenadoras promoveram uma “acareação”, situação de confronto presencial das versões das partes envolvidas. Na sequência, tiveram que promover o desligamento do preceptor, recrutar outra pessoa, e prepará-la para a preceptorial em outra unidade básica de saúde. Nas palavras de uma das entrevistadas, o desgaste foi grande com preceptor e residentes,

[...] pelo investimento que nós fizemos neles, pela confiança que a gente depositou e sempre teve um jogo muito aberto [...]. Teve uma decepção de a gente ter se mostrado tão aberto e eles não se mostrarem tão éticos assim [...]. E teve o sofrimento de pensar no futuro, de como seria começar tudo de novo em outra unidade.

Apesar de adultos e graduados, os residentes podem assumir atitudes consideradas infantis: “o residente também estava nesse modelo: ‘vou para a coordenação, que a coordenação é a mamãe e a mamãe vai resolver se eu chorar as pitangas’, mas não encarava a conversa com o preceptor”. O senso de responsabilidade dessas gestoras

fazia com que elas, apesar do “sofrimento”, buscassem aproveitar o conflito como oportunidade de aprendizagem: “a gente também queria que isso fosse um processo formativo para o residente, porque o residente vai ter que lidar com essas situações dentro do trabalho em equipe”. Dar voz a esse desgaste foi explicitamente mencionado na ocasião da entrevista, e aponta para a necessidade de criação de fóruns para troca de experiências e produção de conhecimento sobre a gestão. Uma entrevistada explicitou: “eu acho que [o episódio] é um negócio muito legal para você [pesquisadora] colocar na pesquisa, porque a gente costuma ver mais o sofrimento do residente, e às vezes vemos o sofrimento mais do preceptor, mas a equipe de coordenação também tem muito sofrimento”.

Em várias circunstâncias, a negociação de poder e autoridade entre coordenação e preceptores é delicada. A tentativa de estabelecer relações menos autoritárias é frequente e louvável, mas pode ocasionar certa confusão. Uma coordenadora comentou que “quando o residente fica bravinho com o preceptor [...], a gente espera que o preceptor tenha um olhar diferenciado para essa situação e não tome isso como algo pessoal, não estabeleça um relacionamento com o residente de uma maneira doméstica e de igual para igual”. A ambiguidade, no entanto, pode decorrer de esperar que o preceptor supere a maneira “doméstica” de relacionamento com os residentes e ao mesmo tempo promover uma hierarquia mais horizontal, como explicitou a mesma coordenadora, na continuação: “apesar de a gente enfatizar para eles [preceptores] que não há hierarquia de professor, aquele que sabe, e o residente, aquele que não sabe de nada, ainda mais que o residente é um cara formado [...] e muitas vezes tem a sua competência técnica até melhor que esse preceptor”.

O fato de a habilidade de gestão de conflitos ser necessária para quem se propõe a atuar na interface entre ensino e serviços não surpreende. Mais problemático, no entanto, é quando o conflito tangencia abuso de autoridade por parte do preceptor, sem que a coordenação tenha meios efetivos de intervenção. Uma coordenadora de programa desenvolvido predominantemente em ambiente hospitalar tentou mediar a relação entre um preceptor e uma residente que estava sendo excluída de participar de procedimentos inerentes à adequada

aprendizagem de habilidades, desde que a mesma se recusou a adotar atitude que considerou antiética. A situação mobilizou todo o grupo de residentes de primeiro ano, e foi relatada pela residente envolvida:

A gente entra como plantonista, faz o procedimento, e a gente geralmente é quem descreve o procedimento. E durante um plantão meu, esse preceptor ele entrou em [dois procedimentos] sozinho [...]. Ao final ele disse: “olha, deixei todos os papéis para você descrever, fazer e assinar” e saiu. [...]. Aí eu fui a contragosto, já achando muito errado eu ter que descrever uma coisa que eu não vi, mas descrevi o procedimento padrão [...]. Não assinei e ainda tive orientação de outras pessoas que me corroboraram nessa conduta. [...] Esses prontuários voltaram para esse preceptor para que ele carimbasse. Aí nos dois plantões seguintes ele fez a mesma coisa [...]. Falei: “mas eu não estava presente” [...], aí ele saiu esbravejando, ficou P da vida, e começou a me vetar de todos os procedimentos. Eu não entro mais em procedimento com ele porque ele não deixa que eu entre.

Os residentes informaram que a coordenadora havia contatado o preceptor em questão, que manteve a mesma atitude, o que o grupo atribuiu ao fato de ele não estar subordinado à coordenação da residência. Essa coordenadora, reconhecida pelo grupo de residentes por sua dedicação, explicou que “não existe o cargo de preceptor”, sendo necessário estabelecê-lo “futuramente com algumas especificações para essa pessoa, como que deveria ser a atuação dele”. Considera que, na prática, “não dá para exigir que todo mundo fique atuando com o residente [...], cada um vai agir de acordo com a sua consciência”. A sensibilidade dos médicos dos serviços e a tradição da instituição de formar especialistas seriam decisivas para a “consciência” desse médico “que atua em diversas situações, ambulatórios, plantões, enfermarias [...]”. A atividade é supervisionada, sempre ele [residente] está com algum preceptor, um profissional, mas como esse profissional age com o residente, isso é bem variável”. À coordenação da residência resta tentar persuadir colegas dos diversos serviços a atender os residentes, contando (ou não) com o apoio da administração dos serviços: “Então às vezes o residente quer esse amparo maior, não que ele fique desamparado, mas assim, uma atuação melhor como preceptoria, eu não posso exigir. Então existe um chefe, um gerente da unidade [...] que vai gerenciar esses plantonistas”.

A relação coordenador/residentes também não está isenta de conflitos. Uma coordenadora compartilhou uma situação de desligamento de uma residente por insuficiente desempenho, a qual gerou forte resistência do grupo, solidário à colega. Os residentes alegavam falta de evidências ou falha dos mecanismos de avaliação para a tomada dessa decisão, num embate que envolveu participação de advogados. A atitude do grupo surpreendeu a coordenação:

O desgaste maior foi ver como as coisas foram distorcidas e como a gente tenta fazer o melhor, e às vezes porque um detalhe não está de acordo com o que o discente [sic] quis [...] gera um turbilhão desses, que inclusive coloca em cheque ou pode colocar em cheque o programa. [...] Foi sinalizado em determinados momentos que eles iam denunciar o programa à Comissão Nacional [de Residência Multiprofissional em Saúde]. E eu achei de uma imaturidade, de um absurdo [...]. Os que eu conseguia conversar, eu dizia: Vocês têm noção do que é sinalizar uma denúncia para um programa que a gente faz todo um esforço para que tenha um reconhecimento a nível nacional, vocês têm noção do histórico que o programa [X] tem?

Seria possível negociar sentido entre as partes com análises tão díspares sobre, por exemplo, o desempenho da residente desligada? Esse episódio, entre outros onde a coordenação exerceu o papel de dar limite a atitudes dos residentes que considerou inadequadas, suscitou uma discussão sobre a maneira de essa coordenadora se comunicar com os residentes. Sua superior hierárquica, importante aliada, pontuou a necessidade que a coordenadora seja “mais amorosa”, gerando a seguinte autocrítica:

Eu tenho um perfil de falar muito firme e isso eu percebo também que preciso melhorar. De repente a maneira quando eu falo não é a maneira adequada. Aí vai a questão do tom de voz, vai a questão das palavras, vai a questão de como você lida quando você é desafiado [...]. Então é difícil fazer a gestão por conta disso, porque enquanto os residentes pensam em si, os tutores conseguem ampliar um pouco mais, mas eu tenho que pensar na necessidade do tutor, na dos residentes, e na gestão.

Estaria a “amorosidade” incluída nos muitos atributos necessários, ao desempenho da coordenação de programas educacionais em ambientes de prestação de serviços de saúde? Uma resposta mais sólida

a essa questão foge ao escopo da Pesquisa PREPG, cabendo, no entanto, mencionar capacidades que se destacaram nas entrevistas: além da gestão de conflitos, a capacidade de manejar inúmeras tarefas simultâneas (nas palavras de um coordenador de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, “o grande problema [é que] fica muita coisa em cima de mim”), utilizar tecnologias de informação e comunicação (e ensinar alguns preceptores a fazê-lo), planejar atividades teóricas e escalas de atividades práticas, e orientar questões técnicas afeitas ao cuidado à saúde, como compartilhou um coordenador da Residência em Medicina de Família e Comunidade, explicando que os preceptores

[...] estão discutindo clínica entre eles, todas as aulas são casos clínicos, com dramatização [...]. Eles têm debatido e dependendo do grupo o nível de debate vai lá em cima. Esses dias tiveram que recorrer a mim [...], o pessoal chamou porque não estavam entendendo o que [os protocolos] estavam querendo dizer com aquilo. Fui lá, li e expliquei as diferenças que eles davam e consegui aprofundar mais a discussão.

Quanto ao planejamento da residência, evidências indicam a apropriação de uma perspectiva estratégica por parte de vários coordenadores. Um coordenador de programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade criticou como a coordenação anterior se ocupava da gestão do cotidiano, desgastando-se com pequenos problemas de relacionamento, o que estava tentando reverter com apoio dos preceptores, na construção de um planejamento adequado:

Pelo fato de não saber por onde levar a nave, acabavam se focando nessas questões, nesses pormenores, nessas briguinhas [...]. Acho que faltava um pouco de direção, de planejamento a longo prazo. [...] A gente tinha reuniões de preceptoria [...] uma vez a cada dois meses, que eram reuniões horríveis, que não chegavam a lugar nenhum, era péssimo e as pessoas saíam chateadas, às vezes ofendidas, e nada se resolvia.

Na visão desse coordenador, “nada se resolve de um dia para o outro, tudo depende do planejamento”. Ao assumir a coordenação, esse entrevistado buscou envolver os preceptores nas decisões. Por exemplo, no caso da avaliação dos residentes, houve uma construção coletiva: “a gente pegou os instrumentos e trabalhou muito eles, página por página, leu coisas juntos, instrumentos de avaliação de competências

[...]. A gente no grupo discutia isso, as pessoas trocavam experiências”. Como resultante, observa mudança de atitudes do grupo: “ao invés de ficar cobrando da coordenação da residência, o grupo vai arrumar soluções para aquele problema, vai ajudar o indivíduo que está com dificuldade e o grupo vai crescer junto”. No mesmo programa, também o aprimoramento das atividades teóricas foi obtido através do desenvolvimento curricular participativo. Com a percepção de que as aulas não eram boas e que os residentes “odiavam”, o coordenador propôs trabalhar em grupos de preceptores no desenvolvimento curricular: “não é que eles estão livres do trabalho, eles estão trabalhando em outra coisa que também é importante para a melhoria do todo, para qualificação do serviço”. Sobre como persuadir a gestão dos serviços a liberar esses preceptores da agenda assistencial para o desenvolvimento curricular, esse coordenador entende que as instâncias de gestão da rede “têm muito pouca perna e muito pouca competência mesmo para isso. [...] Eles vão se apropriar disso, vão gostar”.

Esse entrevistado compõe um grupo de coordenadores que demonstra bastante clareza sobre a necessidade de profissionalização da gestão da residência. Oportunidades para tal profissionalização começavam a ser vislumbradas em um programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, que se beneficia da proximidade entre a coordenação da residência e a gestão da atenção básica no município. Um coordenador observou como a “estruturação da residência na rede” gerou como consequência a alocação de carga horária para coordenação, diferentemente de momentos anteriores, em que o coordenador acumulava essa função com a assistência ou gestão de instâncias da rede: “pela primeira vez, a gente consegue ter também coordenação pedagógica com carga horária definida para isso”. A alocação de tempo para a coordenação permitiu que esses coordenadores investissem na integração entre a Residência em Medicina de Família e Comunidade e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família: “a gente criou um núcleo integrador. [...] Estamos tentando fazer estas costuras e organizando, estruturando o processo avaliativo da residência, o processo das rotinas dos preceptores com os residentes, e como vamos fazer a formação desses preceptores”.

Ocorre que nem todos os programas de residência desfrutam da proximidade com a gestão dos serviços. Uma coordenadora aponta o

desafio de responder a “alguns questionamentos que a gente sabe que existem sobre a residência, principalmente o fato de que às vezes há um investimento muito alto e [...] muitos [egressos] acabam não ficando no próprio município”. Em sua opinião, “às vezes não fica tão visível qual o impacto mesmo desse investimento”. Sobre sua conduta na defesa dos interesses da residência, informou que “tem que ser muito estratégico com a gestão, e ver onde é que a gente cede, e onde é que a gente exige [...] senão a gente vai simplesmente bater de frente. [...] Se eu não conseguir com a gestão, sem a gestão é que eu não consigo mesmo”. Nessa mediação, o papel da coordenação inclui esclarecer as diferenças entre a lógica assistencial e a lógica político-institucional:

A gestão vem com aquela coisa de que tudo é sempre muito urgente e às vezes o residente questiona: [...] De onde surgiu essa demanda? A urgência da gestão que quer que tudo esteja pronto para amanhã e sem você estabelecer os canais de processamento isso demanda um tempo. Temos sempre que negociar com a gestão, com o residente.

Em outro programa foi mencionado, como evidência do reconhecimento da contribuição da Residência em Medicina de Família e Comunidade, o grupo ser convidado a participar da “reestruturação da atenção primária” pelos gestores municipais: “os que estão mais lá em cima eles reconhecem que a residência é importante, que a gente que vai começar a mudar alguma coisa aqui, mas precisa contaminar todo mundo”. A equipe da residência havia sido convidada para participar da estruturação de “linhas guias”, o que envolveu coordenadores, preceptores e residentes. “Dentro da linha guia tem a especificação de risco; a residência depois foi de novo chamada pela Secretaria para construir oficinas de especificação de risco. [...] A residência parou toda, a gente parou de um a dois meses todo o processo da parte teórica e focou na construção dessas oficinas”. Apesar disso, ainda é restrito o avanço nas negociações sobre carga horária preservada para o ensino de residentes:

Dentro da nossa própria secretaria [ocorre] falta de alinhamento e de conhecimento mesmo do que é uma residência, do que é a formação [...]. Então é um contrassenso, ao mesmo tempo em que eles chamam a gente e colocam a gente na participação dessas atividades, eles também cobram [produtividade] de um modo geral, não tem esse olhar diferenciado, não tem como você fazer uma assistência, a mesma assistência, sendo unidade formadora.

Desafios específicos são colocados para gestores de programas multiprofissionais, onde a construção da multiprofissionalidade ocorre num processo complexo de construção compartilhada de sentidos. Os residentes, em geral, são oriundos de cursos de graduação que oferecem poucas oportunidades de educação interprofissional. Os gestores de residências multiprofissionais entrevistados (nas áreas de Saúde da Família e Saúde da Mulher) demonstraram muita proximidade dos tutores e atenção às negociações cotidianas relativas ao exercício profissional. Para além do discurso sobre a importância da equipe no cuidado, uma coordenadora de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher observou que a residência multiprofissional

[...] contribui para ir ganhando espaço [...] na base da relação concreta que se estabelece [...]. Por exemplo, na obstetria, a Fono[audiologia] ganhou muito espaço, o médico já não fica sem. Não tem uma alta de bebê que não seja avaliada por uma fono. [...] A questão da nutrição, a gente tem protocolo de dieta com o residente da nutrição [...]. A gente não tinha fisioterapia, hoje tem. Eu vejo que são conquistas muito grandes.

As complexas tarefas da gestão vêm ensejando o desenvolvimento de diversas ferramentas e instrumentos. Num programa multiprofissional em Saúde da Família, as coordenadoras adotaram uma plataforma de educação à distância capaz de registrar as interações entre coordenação, preceptores e residentes: “fica documentado, porque está numa plataforma virtual, é onde a gente pode conversar também com os preceptores fora o presencial [...], tanto para instrumentalizá-los com relação ao desenvolvimento do papel da preceptoria, quanto de informes e pactuações gerais da residência”. Por esse intermédio, as “pactuações” são facilitadas, permitindo à coordenação ouvir o grupo de preceptores sobre decisões pedagógicas, com agilidade. “Nós temos esse diferencial, que é a educação à distância, a gente vai nas unidades, acompanha, então, esses preceptores e depois na atividade à distância a gente complementa”. Essas coordenadoras se dedicaram a produzir um *instrumento de gestão* do ensino para utilização pelos preceptores: “é onde ele vai se organizar, na verdade é um material que a gente oferta para o preceptor se organizar, principalmente por ele não ter esse manejo”. No instrumento, os preceptores inserem temas a serem discutidos, métodos que pretendem utilizar, bibliografia, “Qual estratégia pedagógica, na

verdade, [que a pessoa] vai utilizar e um campo de assinatura, onde assina o preceptor e onde assina o residente também”.

De modo análogo, outro programa de residência multiprofissional identificou a necessidade de avançar na “sistematização, no registro e na discussão dos processos de trabalho do residente” e desenvolveu um sistema de informação específico, que é alimentado pelos próprios residentes, a partir de roteiros desenhados para cada categoria profissional. O sistema registra e gera relatórios de ações como as de matriciamento, grupos, discussão de casos, ações coletivas e de educação permanente, pertinentes ao campo e ao núcleo dos residentes, no formato de portfólio. Os relatórios gerados orientam ações de aprimoramento da residência. A disponibilidade de informação de boa qualidade facilitou o diálogo entre coordenação da residência e gestão municipal da saúde: “os NASF [Núcleos de Apoio à Saúde da Família] têm um desenho que ainda limita a atuação das equipes. São muitos territórios que ele [profissional] precisa estar. Então a gente conseguiu tornar claro para o gestor [municipal] qual é a contribuição da residência através do [sistema de informações]”.

Na Residência em Medicina de Família e Comunidade, um programa adotou a plataforma *Moodle* e, segundo o coordenador, “o que serve para um, serve para cem, serve para mil, dá para fazer para todos”. Em vários programas, residentes, preceptores e coordenadores lançam mão de aplicativos de comunicação, conforme comentou um coordenador: “Por *What’sapp* eles [os preceptores] vão conversando, vão trocando ideias. Eles têm usado muitas ferramentas eletrônicas, muito Google Drive, [...] dá para colocar tudo num padrão, sem bagunça”. Outro coordenador mencionou a “transição do papel para o eletrônico” experimentada por uma geração de profissionais que “não tem uma formação específica nessa área”, mas percebe a importância, uma vez que “a gente sabe que uma pasta cheia de papéis perdidos em algum lugar não ajuda ninguém”.

A ampliação de vagas nos programas que ocorrem em ambientes de atenção primária, em anos recentes, colocou desafios para trabalhar em maior escala. A situação original foi chamada por um coordenador de Residência em Medicina de Família e Comunidade de “residência artesanal”, na qual utilizaram “instrumentos que tínhamos na mão

– *What’sapp*, grupos de e-mails”. [...] Com a ampliação, numa rede de atenção primária, em que o serviço é todo distribuído, o grau de complexidade pode se tornar muito grande”. Como consequência, “à medida que o programa de residência propõe coisas para o grupo de preceptores, as dificuldades de eles entenderem é muito grande”. Mudanças na composição e no tamanho do grupo de preceptores, devidas à rotatividade e/ou ampliação dos programas, colocam desafios à comunicação: “antes tínhamos um grupo mais coeso, por ser menor e formado por pessoas que tinham outras afinidades e as coisas iam se moldando. A partir do momento que amplia, [...] até eles entenderem o que é isso, para o que serve aquilo e etc., isso não vai acontecer de maneira simples nos programas”. Mesmo assim, a incorporação de novas tecnologias pelos preceptores não vem sendo apoiada pelas instituições de ensino superior. A participação das mesmas na oferta das residências visitadas é pouco expressiva. As relações ainda são definidas pelos contatos pessoais, gerando sensibilização de alguns docentes para ministrarem atividades em sua área de *expertise*.

Diferentes missões e perspectivas sobre a atenção à saúde podem colocar Academia e serviços em campos separados. Conflitos seriam devidos, segundo um coordenador, em parte pelo “pensamento que a universidade tem da prática assistencial”, lembrando que não há docentes médicos de família, apesar de o internato médico ocorrer nos cenários da Estratégia Saúde da Família. Essa falta de intimidade com a realidade assistencial geraria demandas descabidas como a de que, mediante identificação de mulheres com exames preventivos de câncer de colo de útero alterados, o estudante de medicina iria “fazer visita nas casas das mulheres que têm preventivo alterado, algo que não funciona, que nunca existiu, que [...] está tão deslocada da prática que vai gerando conflitos [...]. O serviço tem uma demanda de formação que precisa de muito mais celeridade do que a universidade pode dar”. Mesmo assim houve avanços, na medida em que alunos de graduação vêm se envolvendo na produção de conhecimento útil ao serviço. No ano anterior, por exemplo, foi produzido pelos alunos de medicina um estudo identificando que a grande maioria dos atendimentos realizados nas unidades de pronto-atendimento (UPAS) do município poderiam ter sido realizados nas unidades básicas de saúde. O desafio agora é fazer chegar esse tipo de resultado aos serviços: “Tem alguns professores

tentando justamente direcionar as atividades [nessa direção], muitos estudantes de graduação pesquisando sobre atenção primária. Só que o que acontece? O TCC [trabalho de conclusão de curso] vai ser apresentado onde? No ritual da universidade, isso não capitaliza para a ponta”.

Por outro lado, com a demanda crescente de inserção dos estudantes da graduação na rede, “começa a saturar o serviço”. Um coordenador de Residência em Medicina de Família e Comunidade entende que

[...] hoje, na universidade não há mais discussão ou dúvida de que posto de saúde, saúde da família e medicina de saúde da família na comunidade, é onde se aprende medicina muito bem. [...] mas a gente tem dificuldade de conseguir cada vez mais médicos na rede que aceitem fazer o que já estavam fazendo, fazendo uma atenção de qualidade e ao mesmo tempo receber estudantes. O município consegue pagar uma bolsa para o preceptor [de residentes] por lei municipal, mas para ele ser o tutor da graduação ainda não tem incentivo financeiro.

Apesar das dificuldades, o depoimento do coordenador de um programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade resgatou o papel da universidade no apoio à residência num momento de turbulência política na gestão municipal: com “a mudança de gestor, em que um secretário de Saúde [...] começou a desestabilizar o programa [Saúde da Família]. Como existia esse vínculo com a universidade, a universidade nesse momento [...] conseguiu estabilizar e manter essa rede docente-assistencial”.

Discussão

É complexo o perfil de competência da coordenação de programas de residência, e sua tarefa inclui fazer sentido de muitos e dinâmicos elementos de contexto, bem como conhecer uma miríade de normas (em constante mudança) provenientes dos setores da educação e da saúde. Elementos da cultura institucional e formas de distribuição de poder impactam a margem de manobra que esses coordenadores possuem para desenvolver e aplicar soluções criativas e legítimas para os problemas, contando ou não com uma equipe de apoio. Condições de trabalho assistencial aquém do desejável comprometem a qualidade

do cuidado e do ensino-aprendizagem, agravado por cobranças de produtividade que limitam a disponibilidade de tempo dos preceptores. Os residentes fazem demandas e “denunciam” problemas, podendo criar tensões que cabem ao coordenador administrar.

Aliado à capacidade de fazer sentido de variáveis político-institucionais, do ponto de vista técnico a coordenação de residências pode ser chamada a demonstrar competência na área profissional específica, bem como capacidade de utilizar bases de dados de saúde e de educação e tecnologias diversas de informação e comunicação. A diversidade de tarefas e atribuições de diretores de programas educacionais na saúde³ foi analisada por Bordage, Foley e Goldyn (2000), que destacaram o planejamento, orçamentação, recrutamento, avaliação de necessidades, elaboração de relatórios, manejo de conflitos, utilização de informações e desenvolvimento de equipes. Os autores observam que esses gestores necessitam aliar habilidades administrativas com o desempenho da liderança, visando estabelecer alianças com atores de diferentes cenários de prestação de serviços. Enfatizando que tais cenários de prática (e, portanto, de ensino-aprendizagem e gestão) se diversificaram para além do ambiente hospitalar, Bordage, Foley e Goldyn (2000) identificam a importância da colaboração intercenários, cuja operacionalização demanda visão e liderança dos diretores/coordenadores de programas. Baseados em um inquérito com 139 gestores da formação em saúde, os quais foram questionados sobre habilidades e atributos desejáveis para o desempenho desse tipo de função, seus resultados foram agrupados em: comunicação oral e escrita, habilidades interpessoais, competência como profissional de saúde, capacidade de estabelecer objetivos e de elaborar desenhos de projetos educacionais, habilidades de resolução de problemas e tomada de decisão, de fortalecer o trabalho em equipe e de gestão fiscal e orçamentária.

No Brasil, a construção de um novo modelo assistencial e educacional esbarra na escassez (ou flutuação na disponibilidade)

3 Os autores utilizam o termo “diretores de programas educacionais” de modo abrangente, incluindo cargos e funções desempenhados na graduação e na pós-graduação, como diretores de curso, diretores de currículo e coordenadores de programa de Residência, entre outros.

de recursos e na precarização do trabalho, agravada pelos conflitos corporativos que dificultam o trabalho em equipe multiprofissional (PEDUZZI, 2001). A gestão estaria envolvida numa mediação de interesses por vezes conflitantes, que pode desaguar (ou não) na construção de novos sentidos para o trabalho, porém é necessário superar a “visão instrumental e gerencialista, perspectiva que tem predominado no campo da gestão e também ganhando importância no âmbito do SUS” (AZEVEDO; SÁ, 2013, p. 46).

Analisando o contexto mais amplo no qual se inserem as instituições de saúde, Azevedo e Sá (2013, p. 55) entendem que “é imperioso reconhecer os enormes desafios e obstáculos que o contexto social contemporâneo – caracterizado pelo individualismo, conformismo, pela incerteza e pelo culto de à urgência – impõe a construção de projetos partilhados e coletivos”.

No âmbito da gestão e da produção de cuidado em saúde, temas como cogestão, gestão compartilhada, trabalho em equipe, humanização, acolhimento vêm ganhando destaque na agenda e na formulação de políticas setoriais. Orientadas não só pelos saberes acadêmicos e técnicos, como também, pelos valores e posições éticas de seus profissionais e gestores, as práticas nos serviços de saúde são perpassadas pelos sentidos que as equipes atribuem aos projetos essenciais e gerenciais (AZEVEDO; SÁ, 2013 p. 51).

O compartilhamento de projetos assistenciais, no entanto, é prejudicado pela precarização do trabalho, que apareceu na Pesquisa PREPG afetando as atividades das equipes de saúde e a relação de preceptores e tutores com a instituição, e conseqüentemente com a residência. A precarização, aliada à escassa formação em educação dos preceptores, pressiona pela oferta de oportunidades de educação permanente e continuada. Considerando a rotatividade e o conseqüente recrutamento de novos preceptores, na Pesquisa PREPG aparece o investimento no planejamento estratégico e na educação permanente, realizados pelos coordenadores com apoio dos tutores (quando existem), carecendo de recursos específicos e de apoio das instituições de ensino superior.

Azevedo e Sá (2003, p. 51) analisam as conseqüências da precarização, que acarreta sobrecarga de trabalho, desgaste adicional e sofrimento subjetivo, associada com desmobilização coletiva. O

sofrimento emergiu nas entrevistas de coordenadores de residência, imbuídos da missão de contribuir para uma nova formação em saúde e mais qualidade assistencial, num contexto desfavorável de precarização das relações de trabalho.

A natureza do Estado vem sendo transformada profundamente em função de sua submissão às forças do mercado, o que passa a exigir da administração pública a capacidade de lidar com instrumentos e estímulos que diversificam tremendamente as formas de inserção e remuneração das pessoas [...]. Essa diversidade de quadros e de situações de vínculo, que se expressam também em diversidade de critérios de remuneração e de gratificação, gera assim, uma realidade de conflitos reais e potenciais entre os trabalhadores (NOGUEIRA, 2002, p. 46).

No caso da preceptoria, escassa regulação dificulta saber quem é preceptor ou não:

[...] a falta de requisitos institucionalizados para a função traz frequentes anormalidades para o sistema de residência médica, sendo comum médicos plantonistas serem computados como preceptores em algumas instituições, na maior parte das vezes, sem sequer terem sido consultados e orientados para a função (NUNES et al., 2011, p. 37).

Frenk et al. (2010), em famoso artigo sobre a formação profissional em saúde publicado na revista *Lancet*, enfatizam a importância da interdependência dos diversos componentes de sistemas, como aqueles nas quais ocorre a formação em saúde. O reconhecimento dessa interdependência demandaria avançar na conexão de elementos isolados e no fortalecimento de redes e parcerias institucionais. Com essa mentalidade, os autores oferecem como recomendações a adoção de currículos baseados em competência, adaptáveis às mudanças de contexto, a promoção da educação interprofissional, estimulando o trabalho cooperativo e não hierárquico em equipes, e o investimento em desenvolvimento docente, na direção de estabelecer um conjunto de valores comuns em torno da responsabilidade social das instituições e profissionais (FRENK et al., 2010, p. 1924). É possível afirmar que a maioria dos coordenadores entrevistados demonstra clareza e orienta seu trabalho nessa direção, cabendo agora criar mecanismos de compartilhamento de experiências e avanços obtidos, de modo a ampliar o alcance das inovações e impedir retrocessos.

Considerações finais

A prática da gestão das residências é assunto estratégico e merece aprofundamento, construindo um conhecimento na direção do que Schön (1983) denominou de *epistemologia da prática*, com base no exame detalhado dos processos reais nos quais profissionais reiteram ou reconstróem suas premissas e atitudes no trabalho. O presente capítulo deve ser interpretado como uma aproximação preliminar a essa temática.

A Pesquisa PREPG se realizou num contexto de intensas cobranças de produtividade e demanda por novas habilidades (pela incorporação de tecnologias de informação no trabalho assistencial, manejo de bases bibliográficas, plataformas de ensino-aprendizagem “à distância”). O trabalho ocorre num tempo cada vez mais escasso e políticas públicas de saúde e educação impactam a oferta da residência do ponto de vista quantitativo e qualitativo.

Avançam os questionamentos sobre a relação entre o ensino teórico e a prática profissional, à luz do conceito de competência, bem como o debate sobre as atribuições de ordenação da formação em saúde. Apesar dos desafios enfrentados pelos coordenadores de programa, são praticamente inexistentes oportunidades de estudo e troca de experiências, sendo muito infrequentes as pesquisas que enfoquem essa estratégica atividade. Submetidos a pressões oriundas dos preceptores, recebem também demandas dos residentes e dos gestores dos serviços onde a residência ocorre, cabendo-lhes fazer muitas mediações, que envolvem também instituições de ensino superior. Os residentes fazem questionamentos pertinentes, que estimulam a revisão de práticas eventualmente arraigadas. Por outro lado, por vezes têm dificuldades de compreender os limites de seus interlocutores (preceptores e coordenadores) de resolverem problemas do processo de trabalho. Alguns coordenadores enfrentam questionamentos ao exercício de autoridade, o que demanda reflexão sobre a democratização das práticas educativas e a realidade de ter que garantir limites de operação dos programas dentro do estabelecido pela legislação e pelo bom senso, que inclui, por exemplo, a espinhosa tarefa de avaliar e excluir residentes com aproveitamento insuficiente (AGUIAR, 2000).

Um adequado planejamento e gestão do processo de formação e especialização dos profissionais para atuarem no sistema de saúde representa um elemento fundamental na garantia da adequação do perfil profissional adequado e efetiva distribuição da força de trabalho em saúde. Fica evidente que, além da preceptoria, também a gestão de programas precisa de oportunidades de desenvolvimento profissional e educação continuada/permanente.

Cabe fortalecer uma rede de coordenadores de programas de residência, investir na pesquisa sobre o trabalho que realizam e os desafios que encontram, e ampliar os fóruns de problematização, em busca de soluções conjuntas (por exemplo, muitos coordenadores vêm desenvolvendo interessantes tecnologias de gestão, que podem ser compartilhadas e incentivadas). Nesse sentido, tecnologias de informação e comunicação são importantes aliadas: o acesso a informação fidedigna e atualizada permite monitorar ações em desenvolvimento, debater a tomada de decisões e compartilhar resultados obtidos, construindo sentidos para o trabalho de forma coletiva, na direção do alcance dos objetivos pactuados para a formação especializada nos contextos em que a mesma ocorre.

Referências

AGUIAR, A. C. *Consequences for faculty of changes in medical education: the experience of teaching a course on the doctor-patient relationship*. 2000. 211 f. Tese (Doutorado em Educação) - Harvard Graduate School of Education Cambridge, MA, 2000.

AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. *Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2008.

BORDAGE, G.; FOLEY, R.; GOLDDYN, S. Skills and attributes of directors of educational programmes. *Med Educ.*, v. 34, n. 3, p. 206-210, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em área profissional de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção 1, p. 24-25.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

FABRON JÚNIOR, A. et al. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Faculdade de Medicina de Marília. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 97-107.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, dez. 2010.

MAXWELL, J. A. *Qualitative research design: an interactive approach*. 3th ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1996.

NOGUEIRA, R. P. Alternativas de vinculação Institucional para os trabalhadores do SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos. *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0944.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2016. p. 45-58.

NUNES. M. P. T. et al. A residência médica, a preceptoria, a supervisão e a coordenação *Cadernos da ABEM*, v. 7, p. 35-41, out. 2011.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

SCHÖN, D. A. *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books, 1983.

8. Perspectivas da ordenação da formação profissional para atender às necessidades de saúde: análise de elementos jurídico-normativos da especialização em Medicina no Brasil e na Espanha

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR
JOSÉ MARIA SANCHEZ BURSÓN

Os sistemas regulatórios e de aplicação da governança no Brasil e Espanha são aqui analisados em relação ao planejamento da formação médica especializada, refletindo sobre alguns elementos normativos e jurídicos associados a maior racionalidade e efetividade de tal planejamento, identificando pautas normativas estratégicas para construir um equilíbrio efetivo entre a oferta e as necessidades de provimento dos serviços de saúde.

Do ponto de vista jurídico, no Brasil e na Espanha, a saúde é concebida como direito e como elemento fundamental para o bem-estar das pessoas, devendo ser amparada e garantida mediante políticas públicas. Ambos os países contam com sistemas universais de saúde atuando como bens públicos e elementos de justiça social e equidade. A dinâmica dos sistemas de saúde nos dois países impõe enfrentar o desafio de ajustar a demanda dos serviços em amplos territórios, sujeitos a jurisdições diversas, ante uma capacidade de oferta de recursos humanos limitada, pouco flexível, e cuja formatação está distribuída entre diversos centros de decisão. O planejamento da formação médica especializada é um elemento-chave para garantir a efetividade das ações e eficiência no uso de recursos, sendo a adequada preparação, recrutamento e alocação de profissionais de saúde inerentes ao direito à saúde.

A análise das experiências e dos principais marcos normativos e legislação no Brasil e na Espanha indica semelhanças e divergências. A experiência espanhola, amadurecida nas últimas duas décadas, hoje representa um caso de boa prática internacional (FREIRE, 2015; DURÁN; LARA; VAN WAVEREN, 2006). No Brasil, a situação ainda carece de maior equilíbrio, a fim de garantir atendimento das necessidades de saúde e da demanda assistencial (PETTA, 2013). Nosso propósito, construído no diálogo entre uma pesquisadora em Saúde

Pública, e um jurista consultor e analista de sistemas de saúde, consiste em analisar o processo de planejamento e gestão da formação médica especializada em ambos contextos, apontando elementos jurídicos e organizacionais que possam contribuir para superar as dificuldades que o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) vem enfrentando, embora tenha sido regulamentado em 1990 pela Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990).

Para avançarmos, convém fazer alguns esclarecimentos sobre o exercício da governança. Partindo do documento “*Governance for the health, in the 21st Century*” da Organização Mundial da Saúde (LORENTE, 2011), concebemos a governança como um método de construção de consenso para viabilizar políticas públicas descentralizadas em diversos centros de decisão, de modo a envolver os agentes sociais e econômicos, bem como a própria cidadania. A governança implica governar através da colaboração recíproca, mediante a comunicação e o estabelecimento de laços de confiança, compromisso e compreensão, assim como a adoção de ferramentas e mecanismos que viabilizem o acordo, a transparência e a prestação de contas, num modelo de gestão descentralizada e sinérgica, que busca enfrentar desafios contemporâneos.

Ao basear-se na tomada de decisões estratégicas, a governança se organiza no jogo das relações de poder e de como os interesses públicos e privados se manifestam a partir das ações de diversos atores sociais mediante estabelecimento de consenso ou conflito. Assim, os métodos de governança requerem uma combinação entre regulação e convencimento, fomentando a autorregulação e a constituição de redes e alianças que permitam estipular compromissos coletivos. Para articular o planejamento da formação médica especializada a governança ajuda a estabelecer alianças entre os diversos interessados através de instrumentos colaborativos, gerando políticas adaptáveis e estruturas mais ou menos flexíveis, orientadas para necessidades presentes e futuras. Seu êxito dependerá em parte da solidez da base normativa que se logrou estabelecer.

A atribuição de planejamento da formação de médicos especialistas se insere em coordenadas políticas, jurídicas e técnicas. Verifica-se uma dualidade: a função de planejar abrange matérias de saúde e educação superior, além do reconhecimento de títulos por parte dos Estados nacionais; por outro lado, enfrenta uma atribuição distribuída entre

o Governo Central e as Comunidades Autônomas (Espanha), o que equivale, no Brasil, à União e Estados Federativos. Essa atribuição bipartida (educação e saúde) e compartilhada (União/estados) aumenta a complexidade de sua abordagem, complicando a aplicação da governança e o estabelecimento de uma coordenação institucional.

A análise da organização desse complexo emaranhado de instituições e ações implica atenção a duas vertentes: a primeira constitui a função regulatória, ou seja, a produção de normas jurídicas precisas para estabelecer o modelo e a organização da função de planejamento e gestão da formação especializada. A segunda abrange a dinâmica da governança para a obtenção dos consensos necessários, a fim de se promover uma ordem negociada (aceitável por todos os agentes intervenientes), que coadune os interesses em jogo. Analisamos a situação nos dois países, na sequência.

Equilibrando interesses na formação em saúde: a Lei de Ordenação das Profissões Sanitárias espanhola

Na Espanha, no planejamento da formação médica especializada influem duas estruturas políticas: o Estado Central e as comunidades autônomas, além das universidades e de um conjunto de agentes de representação profissional, o que suscitou o desenvolvimento de um processo de normatização para configurar um sistema coordenado, ajustado às necessidades do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em nível nacional e coerente com premissas regulatórias da União Europeia.

Em matéria educativa, ao Estado espanhol compete, em caráter exclusivo, tudo o que é relativo à “regulação das condições de obtenção, expedição e homologação de títulos acadêmicos e profissionais” (Art. 149 da Constituição Espanhola), bem como a coordenação geral do sistema universitário (ESPAÑA, 1978). Por sua vez, as Comunidades Autônomas dispõem sobre a programação e coordenação do ensino superior regional e sobre a certificação. Em matéria de saúde, o Estado Central assume a determinação da legislação básica em saúde, a definição das bases e a coordenação geral de saúde, assim como a “elevada inspeção” dos serviços (“atribuição estatal de vigilância, como um instrumento de verificação ou fiscalização”). Já as Comunidades Autônomas respondem pelo desenvolvimento legislativo e normativo

da saúde, bem como pela organização e funcionamento dos serviços de saúde (ESPANHA, 1978).

Assim, a regulação das condições de obtenção, expedição e homologação de títulos acadêmicos e profissionais na Espanha constitui matéria exclusiva do Estado Central, respeitando a normativa da União Europeia sobre o reconhecimento recíproco de títulos relativos ao exercício das profissões de saúde entre seus Estados-membros. Os municípios espanhóis mantêm um nível residual de atribuição em matéria de saúde e educação, consistindo do apoio a serviços e infraestruturas, com restrita relevância técnica ou política, desde a Reforma Sanitária de 1986.

Por se tratar de matéria compartilhada, a concreção do marco jurídico básico se restringe à Lei nº 14/1986, Geral da Saúde (ESPANHA, 1986), e Lei Orgânica nº 6/2001, que trata das universidades (ESPANHA, 2001), com suas respectivas alterações posteriores. Por sua vez, nas diversas Comunidades Autônomas, são promulgadas leis regionais sobre suas atribuições em saúde e educação superior (sob os princípios definidos pela legislação básica do Estado). Das leis básicas e regionais, desdobra-se um amplo conjunto de regulamentos e normas que agem sobre aspectos concretos da matéria.

A norma básica de referência para a formação especializada em saúde foi estabelecida na Lei nº 44/2003, que versa sobre a ordenação das profissões sanitárias - LOPS (ESPANHA, 2003), marco legal que contempla instrumentos e recursos que regulam a formação e a prática profissional, delimitam a inserção dos profissionais nos serviços de saúde (públicos e privados) e facilitam a corresponsabilidade no aperfeiçoamento da qualidade do cuidado, definindo mecanismos para que os profissionais em exercício disponham de níveis de competência necessários para resguardar o direito à proteção da saúde (com destaque para os direitos e deveres relativos à educação continuada).

A implantação da LOPS demanda aplicação da governança e busca de consensos para definição de critérios e busca de soluções que atendam aos interesses em jogo. Depende de pactos interprofissionais prévios ao estabelecimento de qualquer normativa reguladora, por exemplo, na questão dos âmbitos atributivos das profissões de saúde, expressando a intenção de reconhecer (simultaneamente) os crescentes

espaços de compartilhamento de atribuições interprofissionais e os âmbitos específicos de atuação de cada profissão. Para tal, a LOPS estabelece as bases para que se produzam tais pactos entre as profissões, e para que as práticas cotidianas dos profissionais em organizações crescentemente multidisciplinares evoluam de forma cooperativa. Isso não isentou sua implementação de conflitos, mas com a construção do SNS, as resistências corporativas foram diluindo-se, gerando uma arquitetura decisória predominantemente baseada na soma de interesses, permitindo configurar um modelo de governança intersetorial que assegura o comum acordo.

A LOPS é o componente da regulação espanhola que, articulando o processo de governança, fixa o equilíbrio dos interesses das profissões de saúde no contexto do interesse público relevante, dentro de marcos de um Estado de bem-estar social. Da mesma lei se desdobra uma série de parâmetros que nos ajudam a compreender o sistema estabelecido. A titulação de especialidade é obtida apenas através do sistema de residência, com permanente colaboração entre as administrações públicas competentes em matéria de educação e saúde, universidades e centros docentes de formação profissional, com instituições e centros de saúde, de modo a garantir o componente prático da aprendizagem. Toda a estrutura do SNS é disponibilizada para ser utilizada pelo ensino de graduação, especialização (residência) e formação continuada dos profissionais.

Centros e serviços de saúde devem ser acreditados para atuarem como centros de pesquisa científica e de formação dos profissionais, contanto que reúnam as condições adequadas e estabelecimento, desenvolvimento e atualização de metodologias para a avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos profissionais e do funcionamento do próprio sistema de formação.

A determinação do número de alunos admitidos na graduação depende das necessidades estimadas e da capacidade existente de formação, levando em conta as diversas variáveis educativas, sociais, assistenciais e orçamentárias a médio e longo prazo. Eventuais alterações ou improvisos repentinos são indesejáveis, pois impedem a promoção de um planejamento eficaz, o qual exige revisão permanente do equilíbrio entre a oferta e a demanda de pessoal.

As universidades e as instituições de saúde das Comunidades Autônomas devem reunir os elementos necessários à aprendizagem em serviços, de acordo com as bases gerais definidas pelo Ministério da Saúde. Cabe ao Governo Central, mediante proposta dos ministérios da Educação e Saúde, o estabelecimento dos títulos de Especialistas em Ciências da Saúde, com validade em todo o território nacional e expedido pelo Ministério da Educação.

Cada especialidade conta com uma comissão nacional da especialidade (CNE), designada pelo Ministério de Saúde (vide capítulo 3). Tais comissões são responsáveis pela elaboração do programa de formação da especialidade, bem como pelo estabelecimento dos critérios de avaliação dos especialistas em formação, dentre outras funções. A especialização ocorre exclusivamente através do sistema de residência médica, em centros credenciados pelas Comunidades Autônomas (FREIRE, 2015).

A LOPS criou o Conselho Nacional de Especialidades em Ciências da Saúde, instância responsável pela coordenação da atuação das CNE, promoção da pesquisa e inovações técnicas e metodológicas na especialização em saúde, bem como a assistência superior e assessoria técnica e científica junto ao Ministério de Saúde em matérias de formação especializada.

O Ministério da Saúde estabelece as normas da convocatória anual, consistindo em uma prova de seleção ou conjunto de provas (exame MIR) responsável pela avaliação dos conhecimentos teóricos e práticos (ARANA, 2012). A oferta de vagas da convocatória anual é estabelecida a partir dos relatórios do Conselho Nacional de Especialidades em Ciências da Saúde e do Ministério da Educação, pela Comissão de Recursos Humanos do Sistema Nacional de Saúde, atendendo às propostas realizadas pelas Comunidades Autônomas, com base nas necessidades de especialistas e condições orçamentárias. Com base na pontuação obtida, os candidatos elegem a especialidade e o local do programa no qual ingressarão.

Conforme os conteúdos normativos descritos, observa-se a complexidade do exercício de governança, coordenação e colaboração administrativa, que requer um planejamento da formação dos profissionais de saúde. O modelo exige, por um lado, o consenso

entre as instâncias em matérias de saúde e educação; e por outro, o trabalho das administrações centrais, regionais e universitárias, com participação constante de um conjunto de órgãos administrativos para a adoção dos acordos. Além disso, nos processos de planejamento da formação especializada dos profissionais de saúde, podem participar como instâncias consultivas outros agentes profissionais relevantes, tais como os Conselhos Profissionais, as Sociedades Científicas e os representantes de profissionais, especialistas ou em formação. Essa participação ordenada dos agentes profissionais reforça a arquitetura da governança intersetorial.

Certamente, uma adequada governabilidade das atribuições demanda um equilibrado ajuste normativo e atributivo, o estabelecimento de estruturas orgânicas de diálogo entre as administrações e os agentes, adoção de metodologias que equilibrem a negociação com a responsabilidade na tomada de decisões, incorporando uma visão de conjunto que integre os interesses legítimos e as diversas expectativas e necessidades. O êxito do equilíbrio alcançado pela Espanha ao harmonizar as necessidades assistenciais com as aspirações formativas foi alcançado após uma longa travessia marcada por dificuldades e adequações que acabaram consolidando a metodologia registrada na LOPS, e que veio estabelecer um sistema de planejamento caracterizado pela aplicação de um sistema de governança multinível sob a responsabilidade nuclear da Administração do Estado Central.

A construção do modelo brasileiro de ordenação da formação especializada em saúde

No Brasil, o planejamento da formação de especialistas em saúde enfrenta obstáculos de natureza legislativa, política e prática, decorrentes da complexidade da arquitetura legislativa de um país tão extenso e diverso. A matéria abrange atribuições da educação superior e do setor de saúde, sendo descentralizada como na Espanha, mas com menor desenvolvimento legislativo e atributivo, o que estimula uma prática fragmentada.

O Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011 (BRASIL, 2011) atualizou o papel da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e atribuições de regulação, supervisão e avaliação da oferta de

programas de residência médica. A CNRM situa-se institucionalmente na Coordenação Geral de Residências em Saúde, pertencente à Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (MICHEL et al., 2011, p. 13). Conta, para o desempenho de suas funções, com as ações executivas das Comissões Estaduais (CEREMs) e com a Câmara Técnica, trabalhando com a instância existente em cada instituição que oferece programas de residência médica - a COREMEs (Comissão de Residência Médica) (MICHEL et al., 2011, p. 10).

Apesar da instância governamental existir, segundo Petta (2011), “no processo de institucionalização da residência médica, prevaleceram os interesses do mercado de trabalho, mediados pelos representantes da corporação médica” (p. 36), o que gerou atrasos na pactuação de políticas para a residência médica com base nas necessidades de saúde. A composição e mecanismos decisórios da CNRM refletem a “forte presença da corporação médica e de seus interesses” (PETTA, 2011, p. 38), sem que tenha sido possível ainda garantir, por exemplo, direito a voto dos representantes de gestores do sistema de saúde, apesar do Conselho Nacional de Secretários Estaduais da Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (representados com direito apenas a voz) assinalarem reiteradamente a importância de políticas para a residência na consolidação do Sistema Único de Saúde (PETTA, 2011, p. 47). Embates ocorrem e “o reconhecimento institucional da CNRM tem gerado reações negativas por se considerar sob risco a participação efetiva das entidades médicas nas decisões. Por seu turno, o governo questiona a maioria dos votos da sociedade civil organizada em um processo de responsabilidade governamental” (MICHEL; OLIVEIRA; NUNES, 2011, p. 10).

No geral, as atribuições em matéria de saúde e educação superior foram distribuídas entre as entidades políticas, compartilhando a função legislativa em três níveis; a União dita as normas gerais, aos estados cabe suplementá-las, e aos municípios cumpre o papel de complementá-las. As atribuições distribuídas entre as três entidades territoriais carecem de normativa específica sobre o planejamento da formação de especialistas em saúde, embora o texto constitucional (BRASIL, 1988) configure o SUS como ordenador da formação

profissional (Art. 200). Segundo Ribeiro,

a formação especializada dos médicos residentes obedece a dois senhores - a saber, a área educacional, cuja instância governamental de referência é o MEC, e a área de saúde, cuja referência governamental é o Ministério da Saúde”. Nem sempre os “dois senhores” estão de acordo: “como os objetivos e orientações educacionais e profissionais das duas áreas são distintos, deveriam ser devidamente harmonizados e compatibilizados, sob pena de trazer prejuízos à formação profissional (RIBEIRO, 2011, p. 17).

Atribuições assim distribuídas implicam tantas fontes de direito quantas são as entidades territoriais existentes, e em um amplo conjunto de normas inter-relacionadas, o que requer intenso exercício de coordenação, supervisão e controle sobre os desenvolvimentos legislativos, e demanda uma prática política e legislativa baseada em um sistema de governança multinível. Essa complicada base legislativa e atributiva caracteriza o planejamento da formação especializada em saúde, pela grande afluência de atores intervenientes (e variável equilíbrio dos interesses em jogo).

Por parte da União, diversos esforços foram empreendidos na organização do planejamento da formação médica desde a perspectiva do interesse social, com programas de estímulo à adoção das Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de Medicina (BRASIL, 2001, 2014) e incentivos ao fortalecimento da Atenção Básica (PROVAB). Segundo Petta (2013), um avanço foi a criação de instância consultiva, a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde” (CIGES), que conta representantes dos gestores e gestores estaduais e municipais e contribuiu para avançar em iniciativas de ordenação da formação profissional, a partir do diagnóstico de necessidades de médicos (MICHEL; OLIVEIRA; NUNES, 2011, p. 10-11). Em 2009 os Ministérios da Educação e da Saúde lançaram o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas – Pró-Residência, considerado “um marco de construção e implementação de uma política pública destinada a fomentar a formação médica especializada, a partir das necessidades de saúde no país” (NUNES et al., 2011, p. 31), por basear decisões de indução via expansão de vagas e bolsas em função de necessidades identificadas e identificação de regiões prioritárias.

A Lei nº 12.871/2013, que estabelece o Programa Mais Médicos normatiza também aspectos importantes da formação médica especializada (BRASIL, 2013). A tramitação do projeto de lei e sua implementação foram caracterizadas por acirrado debate sobre as necessidades de médicos, evocando comparação com outros países e produção de estimativas que apontaram insuficiências quantitativas e qualitativas (BRASIL, 2009). Os objetivos dessa legislação incluem aspectos do provimento de médicos e da formação profissional: “diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde”; aprimorar a formação médica mediante inserção dos estudantes de Medicina na rede assistencial do SUS e “aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS”. As ações previstas na lei incluem: “reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para Residência Médica, priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade”.

Ainda no âmbito da formação especializada, o texto legal estabelece que, já em 2019, as vagas de Residência Médica ofertadas deverão ser “equivalentes ao número de egressos dos cursos de graduação em Medicina do ano anterior”, sendo que “o primeiro ano do Programa de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade será obrigatório” para o ingresso em Medicina Interna/Clínica Médica, Pediatria; Ginecologia e Obstetrícia; Cirurgia Geral; Psiquiatria; Medicina Preventiva e Social. Cursar a maioria dos demais programas também implicará realização de um a dois anos de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade.

Sobre o provimento de médicos, já a Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990) atribuía como competência comum e compartilhada a formação das políticas e o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde. Posteriormente a Lei nº 12.871/2013 tratou de prover serviços de saúde em áreas desassistidas com médicos, inclusive estrangeiros (integrando prática assistencial com a realização de curso de especialização). Esta lei e outras normativas trataram de aumentar a oferta de médicos e promover sua distribuição conforme as necessidades e representam um grande avanço.

Considerações Finais

Apesar do estabelecimento da Comissão Nacional de Residência Médica em 1977 (BRASIL, 1977), o Brasil segue carecendo de um marco regulador para o planejamento dos recursos profissionais de saúde que unifique e coordene o provimento e direcione a oferta de especialização. O Estado enfrenta resistências ao tentar fazer prevalecer o interesse público e, como consequência, o Brasil carece de integração no planejamento da formação médica especializada, o que dificulta adequar a oferta formativa às necessidades assistenciais no conjunto do território.

Por ser uma modalidade de formação baseada na prática, promovendo a inserção do médico recém-formado no processo de trabalho dos serviços de saúde, a residência médica tem um importante impacto para as práticas do Sistema de Saúde, na medida em que os saberes e culturas da formação institucionalizada são projetados para o mundo do trabalho. A residência médica é, assim, influenciadora e influenciada da conformação profissional e das práticas em saúde. Em decorrência dessa característica ambivalente da residência médica, formada pela intersecção entre ensino e trabalho, é preciso que seja entendida e tratada de modo articulado com as políticas públicas de saúde e de educação” (PETTA, 2011, p. 36-37).

Do ponto de vista político, é notória a resistência, por parte de entidades representantes da profissão médica, a abrir mão da prerrogativa de oferecer títulos de especialistas mediante aprovação em cursos e exames oferecidos pelas sociedades de especialidades¹. No Brasil, o exercício de atribuições compartilhadas e de normativas paralelas gerou uma fragmentada organização da formação médica especializada, dificultando promover uma “ordenação” em nível

1 Uma evidência de tal resistência foi a polêmica em torno do estabelecimento de um Cadastro de Especialistas pela Lei nº 12.871/2013 (Art. 35), de modo a tornar públicos os registros das sociedades de especialidades que oferecem cursos de especialização. Após negociações entre governo e entidades médicas, o Cadastro foi regulamentado pelo Decreto nº 8615/2015, da Presidência da República (BRASIL, 2015), e deverá “subsidiar os Ministérios da Saúde e da Educação na parametrização de ações de saúde pública e de formação em saúde, por meio do dimensionamento do número de médicos, sua especialidade médica, sua formação acadêmica, sua área de atuação e sua distribuição no território nacional” (Art. 2º).

nacional, como demanda o texto constitucional. O estudo comparativo entre as legislações espanhola e brasileira indica elementos do modelo espanhol potencialmente úteis para a abordagem brasileira.

Urge a necessidade de um modelo de governança intersetorial capaz de canalizar a legítima participação das instituições e demais agentes sociais e econômicos, e que permita promover uma revisão permanente e adaptável do equilíbrio entre a oferta e a demanda no planejamento dos profissionais de saúde brasileiros. Um modelo de governança multinível exercido em caráter distribuído entre os distintos níveis das administrações territoriais, bem como entre as entidades institucionais e setoriais deve estender-se pelo território e entre os diversos setores, configurando uma rede. No marco do contexto legal e constitucional, cabe ao Governo Federal a liderança institucional, na produção da legislação básica e na coordenação geral do sistema de formação especializada, exercendo a função de integração territorial. Tais mudanças no modelo de formação aguardam a constituição, há muito debatida, de um novo marco regulatório da residência médica. A representação efetiva dos gestores estaduais e municipais na composição da CNRM, e a priorização para fins de criação de vagas de regiões desprivilegiadas são elementos a serem considerados, junto com a pactuação de diretrizes curriculares que valorizem necessidades sociais de saúde e o trabalho em redes. Políticas sustentáveis de gestão do trabalho são imprescindíveis para superar a precarização e estimular a preceptoria (PETTA, 2013, p. 82).

Esses elementos políticos e normativos se beneficiam do debate dos distintos interesses em jogo: “os processos de tomada de decisão no sistema de saúde, do mesmo modo que nas demais políticas públicas, não ocorrem no vazio, e sim no marco de princípios éticos, motivações e incentivos, que podem ser explícitos ou implícitos” (CENTRO DE ESTUDIOS PARA LA EQUIDAD Y GOBERNANZA EN LOS SISTEMAS DE SALUD, 2010). Segundo o *Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud* (2010), na maioria dos países latinoamericanos os princípios que regem os sistemas de saúde incluem a equidade, solidariedade, participação social e o direito a saúde como norteadores, princípios que deveriam presidir os processos de governança, o que nem sempre ocorre. O assunto, no direito espanhol, foi consolidado através da Lei de Ordenação das Profissões de Saúde, que define uma arquitetura normativa para regulação do planejamento

da formação especializada das profissões de saúde, de forma integrada com a regulação da prática profissional.

O Estado espanhol construiu uma estrutura administrativa especializada, através de Comissões constituídas com o propósito de garantir o consenso e a governança multinível das diversas entidades. No Brasil, a União busca enfrentar o problema do planejamento e distribuição dos recursos profissionais, mas suas iniciativas na direção do planejamento da formação médica enfrentam resistências, especialmente das entidades representativas dos interesses médicos corporativos, dificultando o estabelecimento de uma normativa sistêmica que regule as condições para adequada formação e educação continuada/permanente dos profissionais. Alguns estados brasileiros obtiveram avanços na regulação da atividade de preceptores de residência, e Soares et al. (2013) enfatizam a necessidade de regulamentação via legislação, em âmbito nacional, estabelecendo a preceptoria como componente da carreira profissional. Os autores, no entanto, estão cientes que uma iniciativa legislativa dessa natureza “necessita grande mobilização para despertar interesses, sensibilizar a sociedade e angariar apoios” (SOARES et al., 2013, p. 21).

O sistema de formação brasileiro poderia adequar seus órgãos de cooperação inter-intra administrativos, a fim de assegurar uma prática adequada da governança, matéria na qual o Brasil já conta com bastante experiência. Cabe aplicá-la, na análise da correlação de forças e dos interesses que prevaleçam nos anos vindouros, em diálogo permanente com a sociedade. Enfrentar as dificuldades atuais que modelo brasileiro atravessa para adequar a oferta de formação especializada às necessidades assistenciais do conjunto do país implicará mitigar os deficit assistenciais em áreas remotas e de baixo nível de desenvolvimento social.

O caminho traçado pelo modelo espanhol aponta uma via possível para o planejamento estratégico da formação especializada em saúde, e o Brasil se beneficiará de uma lei de profissões de saúde que garanta adequado desenvolvimento e incorporação dos recursos humanos para assegurar a qualidade e a efetividade do SUS, baseada nos princípios de equidade e integralidade. Como requisito político, destaca-se a necessidade de reforçar os valores democráticos e da eleição de parlamentares sensíveis aos princípios da “Constituição Cidadã” de 1988.

Referências

ARANA, J. M. S. La formación de especialistas médicos en España. *Ars Medica Revista de Humanidades*, v. 1, n.1, p.77–83, 2002.

BRASIL. Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde. Subcomissão de Estudo e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil. *Avaliação das necessidades de médicos especialistas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

_____. Decreto nº 8.516, de 10 de setembro de 2015. Regulamenta a formação do Cadastro Nacional de Especialistas de que tratam o § 4º e § 5º do art. 1º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e o art. 35 da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, 11 set. 2015. Seção 1, p. 1.

_____. 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. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, 6 set. 1977. Seção 1, p. 11787.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2013. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

_____. Ministério da Educação. 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] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 dez. 2011. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 116, de 13 de janeiro de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 abr. 2014. Seção 1, p. 36.

_____. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 set. 2001. Seção 1, p. 38.

CENTRO DE ESTUDIOS PARA LA EQUIDAD Y GOBERNANZA EN LOS SISTEMAS DE SALUD. Qué es la gobernanza del sistema de salud y cuál es su relevancia?. 2010. Disponível em: <http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo3/que_es_la_gobernanza.pdf>. Acesso em: 16 set. 2015.

DURÁN, A; LARA, J. L.; VAN WAVEREN, M. Spain: *Health system review*, Health Systems in Transition, v. 8, n. 4, p. 1-208, 2006.

ESPAÑA. Constitución (1978). *Constitución Española*. Madri, Espanha: Congreso Nacional, 1978.

_____. Ley nº 14 de 25 de abril de 1986. General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, n. 102, 29 abr. 1986. p. 15207. Disponível em: < https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499>. Acesso 25 maio 2015.

_____. Ley nº 44, de 21 de noviembre de 2003. Ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, n. 280, 22 nov. 2003. p. 41442-41458. Disponível em: <<http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>>. Acesso 12 maio 2015.

_____. Ley nº 6 de 21 de diciembre de 2001. Orgánica de Universidades. *Boletín Oficial del Estado*, n. 307, 24 dez. 2001. p. 49400. Disponível em: < <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-24515>>. Acesso 25 maio 2015.

FREIRE, J. M. et al. An analysis of the medical specialty training system in Spain. *Hum Resour Health*. V. 13, n. 42, p. 1-7, June. 2015.

LORENTE, I. P. La Gobernanza para la salud en el siglo XXI: wstudio conducido por la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. *Revista e Salud.*, v. 7, n. 28, p. 1-9, 2011.

MICHEL, J. L. M. M.; OLIVEIRA, R. A. B.; NUNES, M. P. T. Residência médica no Brasil, *Cadernos da ABEM*, v. 7, p. 7-12, out. 2011.

MICHEL, J. L. M. M. et al. Residência médica no Brasil: panorama geral das especialidades e áreas de atuação reconhecidas, situação de financiamento público e de vagas oferecidas. *Cadernos da ABEM*, v. 7, p. 13-27, out. 2011.

NUNES. M. P. T. et al. A residência médica, a preceptoria, a supervisão e a coordenação *Cadernos da ABEM*, v. 7, p. 35-41, out. 2011.

_____. Distribuição de vagas de residência médica e de médicos nas regiões do país. *Cadernos da ABEM*, v. 7, p. 28-34, out. 2011.

PETTA, H. L. Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência). *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 37, n. 1, p. 72-79, jan./mar. 2013.

_____. *“Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pro-Residência)”*. 2011. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

RIBEIRO, M. A. A. *Apontamentos sobre a residência médica no Brasil*. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Consultoria Legislativa, 2011.

SOARES, A. C. P. et al. A importância da regulamentação da preceptoria para a melhoria da qualidade dos programas de residência médica na Amazônia Ocidental. *Cadernos da ABEM*, v. 9, p. 14-22, out. 2013.

9. Reflexões e perspectivas sobre a formação especializada em saúde a partir da pesquisa “Preceptoria em Programas de Residência no Brasil e na Espanha: Ensino-Pesquisa e Gestão”

ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR

A pesquisa “Preceptoria em Programas de Residência no Brasil e na Espanha: Ensino, Pesquisa e Gestão” (PREPG), cujo método está detalhado no capítulo 1, abordou a oferta de programas de residência brasileiros e espanhóis, com ênfase na atividade da preceptoria. Com base na aplicação de questionários, análise de documentos, visitas de campo e entrevistas com gestores, preceptores, residentes e outros informantes-chave, considerou o contexto de políticas de saúde nos dois países, analisou a experiência e percepções de preceptores, e abordou suas incumbências na assistência, ensino e pesquisa em serviços de saúde. Os resultados obtidos estão apresentados nos demais capítulos do presente livro. Aqui, após considerações sobre os limites do estudo, serão apontadas algumas de suas potenciais consequências para a prática, para as políticas, e também para a teoria e pesquisas subsequentes.

Brasil e Espanha avançaram nos questionamentos sobre a relação entre o ensino teórico e a prática profissional, à luz do conceito de competência. Conforme adotado na área da saúde, o conceito de competência valoriza a importância da prática, (re)considerada como mais do que a mera aplicação da teoria (AGUIAR; RIBEIRO, 2010). Conhecimentos, habilidades e atitudes seriam os recursos com que os especialistas egressos das residências contariam para interpretar os contextos onde se desenvolvem os processos de trabalho, e pautarem suas ações. Uma adequada capacidade de leitura do contexto é indispensável, especialmente porque o trabalho em saúde vem se transformando. No Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no início dos anos 90, ganhou força a premissa da necessidade de mudanças na formação, para além do currículo tradicional (centrado na doença e no conhecimento biomédico). A aproximação entre academia e serviços vem se verificando através da chamada integração ensino-serviço desde os anos 1970 (MARSIGLIA, 1995), e favorece questionamentos ao tecnicismo, especialmente com o fortalecimento

da atenção primária no país, por meio da Estratégia Saúde da Família. Os resultados indicam interesse e crescente atenção a elementos biopsicossociais nas residências, informando o trabalho de muitos preceptores. Pereira et al. (2016) identificam como a relação entre educação profissional e trabalho em saúde sofre efeitos de mediações,⁵ no bojo do debate sobre a necessidade de aproximação entre a escola e o mundo do trabalho, enfatizando a diferença entre formar para o “mundo do trabalho”, passível de análise crítica, ou para o “mercado de trabalho”, sem debate sobre suas características, em especial sobre os interesses que reiteram a reprodução das relações de exploração da força de trabalho no capitalismo (PEREIRA et al., 2016, p. 31). Estudos marxistas concebem o trabalho como o processo no qual o ser humano, ao transformar a natureza, acaba por modificar a si mesmo (MARX, 1983), e sua análise inclui a dialética do atendimento das necessidades sociais e individuais do agente do trabalho (desejos e interesses), mediado por regras de convivência institucional.¹

O processo de trabalho em saúde funda-se em relações pessoais intensas. Seu “objeto” é o próprio ser humano, e seus meios empregam tecnologias (não materiais e materiais), envolvendo uma ampla gama de sujeitos numa diversidade de ambientes, sofrendo impacto da divisão técnica e social do trabalho (PEDUZZI, 2001). Em ambos os países estudados, o contexto político e social é de perda de direitos conquistados e avanço das forças do mercado na prestação de serviços de saúde, após um período de conquistas sociais e ampliação do acesso aos serviços (que no caso da Espanha abrangeu, inclusive, a maioria da dita classe média). Restrições no financiamento, insumos e serviços restringem a oferta e pressionam cada vez mais por produtividade por parte dos profissionais e serviços, gerando desgastes.

Agregando elementos da (inter)subjetividade, Lancman e Sznelman (2004) analisam a organização do processo de trabalho

1 Segundo Ciavatta, “o trabalho é parte fundamental da ontologia do ser social. A aquisição da consciência se dá pelo trabalho, pela ação sobre a natureza. O trabalho, nesse sentido, não é emprego [...], é a atividade essencial pela qual o ser humano se humaniza, se cria, se expande em conhecimento, se aperfeiçoa” (CIAVATTA, 2009, p. 211).

como produto das relações sociais, cabendo uma multiplicidade de interpretações sobre a permanência ou transformação dessas relações. No Brasil, ainda se busca fortalecer a coesão entre os níveis assistenciais e estruturar o trabalho em rede e em equipe. Na Espanha a rede de serviços funciona de forma mais coesa, mas o modelo assistencial é bastante médico-centrado. Se as demandas do mundo do trabalho pressionam pelo aperfeiçoamento do trabalho cooperativo, a formação em nível de graduação oferece poucas oportunidades de interação entre carreiras distintas, o que aumenta a responsabilidade das residências no fomento à criação de novas relações e reorientação do processo de trabalho.

É nesse mundo do trabalho em mudança que os resultados da Pesquisa PREPG reiteram o acúmulo de incumbências dos preceptores e consequentes desgastes. Embora iniciativas estejam sendo adotadas, no Brasil e Espanha, para qualificar e valorizar o ensino-aprendizagem na residência,² é preciso minimizar a sobrecarga gerada pelo desempenho simultâneo de várias tarefas complexas, relativas a atenção à saúde, educação e pesquisa.

Diferentes visões do ensino expressam diferentes visões de mundo e intencionalidades, no que tange ao trabalho em saúde (e, conseqüentemente, à preparação profissional), cabendo rememorar os embates que envolveram a redação do capítulo da seguridade social da Constituição Federal brasileira (BRASIL, 1988), promulgada no contexto da redemocratização (e atualmente sob ameaça de desfiguração). Em ambos os países, a saúde como direito da cidadania é alvo de ataques, e os avanços obtidos na regulação e oferta das residências estão ameaçados de retroceder. Enquanto na Espanha a maioria dos preceptores é composta por funcionários públicos, desfrutando de expressiva estabilidade, no Brasil destaca-se a precariedade de vínculos formais de trabalho, afetando profissionais com anos de experiência e

2 Por exemplo, 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 Preceptoría de Residência Médica (DCPPP) (SOARES et al., 2013, p. 15).

notória capacidade de contribuir para a implementação dos currículos, preparando e ministrando aulas, planejando e avaliando atividades. É restrita a ingerência dos coordenadores de residências em questões que envolvam recursos financeiros e as residências atravessam contextos mais ou menos favoráveis ao longo dos anos, com consequências para a formação.

A Espanha obteve importante avanço no ordenamento da formação em nível de residência, com a aprovação da Lei de Ordenação das Profissões Sanitárias, em 2003 (que dispõe sobre a formação e sobre a prática profissional no país) (ESPANHA, 2003). No apoio à preceptoria, no caso da Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC), destaca-se a implantação do Programa Oficial da Especialidade, aprovado após amplo debate, num processo de legitimação política ao longo de anos, que baliza o trabalho de comissões de docência, chefes de estudos e preceptores. No Brasil, a regulação da preceptoria é insuficiente, como observam Soares et al. (2013, p. 15) sobre a residência médica:

[...] 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 [...] ficando, neste aspecto, em geral, apenas nos requisitos mínimos exigidos para a atividade.

Sobre os conteúdos do ensino, coexistem diferentes visões do que é digno de compor o currículo das residências, ficando evidente que, na saúde, o conhecimento disciplinar e especializado é necessário, mas não suficiente. Embora muitos ainda pareçam satisfeitos com sua transmissão, orientada para reproduzir o desempenho de tarefas e procedimentos voltados para reverter lesões em órgãos e tecidos, a importância de outros tipos de conhecimento na conformação das práticas, como os oriundos das Ciências Sociais e Humanas, do Planejamento e da Epidemiologia, vêm ganhando espaço. O compromisso social das instituições de saúde, a temática do poder e da autoridade, o pensamento estratégico orientado para a mudança e a intersubjetividade apareceram nas entrevistas, reconhecidos em sua importância para o ensino-aprendizagem e para o cuidado em saúde.

A Pesquisa PREPG realizou uma fotografia da situação da preceptoria, expressando nuances de como essas diferentes visões de saúde-doença-cuidado e educação se relacionam no cotidiano, incluindo diferenças entre a residência médica e a residência multiprofissional, esta última mais recente e já incorporando valores decorrentes do debate sobre a identificação e atendimento às necessidades de saúde (CECÍLIO, 2009). A noção de responsabilidade institucional com o provimento de profissionais atentos às necessidades da população já permeia a lógica da oferta de formação especializada em muitos programas de residência, mas isso coexiste com a tolerância, pelo Estado brasileiro, de mecanismo de certificação do título de especialista por entidades científicas que não se submetem à chancela pública de forma efetiva, atuando num vácuo regulatório que envolve a pós-graduação *lato sensu*.

Na Espanha, atualmente, a residência é a única via para obtenção do título de especialista em medicina, e sua qualidade se apoia no compromisso ético-político de lideranças que vêm conseguindo (com graus variáveis de êxito) contornar obstáculos institucionais e financeiros. Recortes no financiamento obrigam os responsáveis pela residência a acionar relações pessoais para preservar a qualidade do ensino teórico e da pesquisa, numa tendência à desregulação dos processos. Sem reposição da força de trabalho, resta apelar para o senso de dever e capacidade de sacrifícios dos preceptores para preservar as atividades previstas no Programa Formativo Oficial, de abrangência nacional. Como se viu, a preceptoria exige disposição: o preceptor não atua apenas no ensino, mas mantém atividades assistenciais, enfrentando múltiplos fatores potencialmente geradores de frustração, como a sobrecarga de trabalho e a ausência de remuneração específica (com exceções), a precariedade de vínculos empregatícios e o infrequente reconhecimento da preceptoria em planos de cargos e carreira no Brasil. Raramente os preceptores obtêm apoio para participar de eventos na sua área de especialidade e/ou em Educação. Em ambos países, as universidades exercem papel periférico na oferta das residências, ainda que participantes do estudo tenham assinalado o desejo de maior proximidade. Como fator dificultante, inúmeras vezes, no Brasil, profissionais que atuam em instituições que oferecem residência se veem inseridos no ensino sem haver, de fato, optado por fazê-lo (BENTES et al., 2013, p. 34).

Antes de delinear potenciais consequências dos resultados obtidos na Pesquisa PREPG para a prática e o conhecimento teórico, cabe refletir sobre as sutilezas implicadas na produção de conhecimento válido sobre atividades que ocorrem em serviços de saúde, cujos fenômenos sofrem determinações locais e gerais e são percebidos pelos envolvidos de maneiras distintas. A intenção nesta pesquisa foi produzir conclusões plausíveis, com clareza dos limites dessa empreitada. Para isso, lançou mão de vários métodos, numa perspectiva de complementaridade, buscando valorizar a pluralidade de vozes envolvidas.

A coleta de dados quantitativos aponta as dificuldades de contatar preceptores de residência, na ausência de cadastros atualizados disponíveis, e para a pouca tradição, no país, de pesquisas com amostras representativas do universo do ensino em serviços de saúde. A dependência dos coordenadores de programas, solicitados a obter a anuência dos possíveis respondentes ao questionário eletrônico foi um complicador. Como a coleta de dados qualitativos bem demonstrou, esses coordenadores respondem a inúmeras pressões e demandas, dos serviços e da própria residência, sendo compreensível que sua mobilização para participação em pesquisas não esteja no topo da lista de prioridades.

O retorno de respostas em inquéritos mediados pela internet é sabidamente baixo (SAX; GILMARTIN; BRYANT, 2003) especialmente em se tratando de profissionais atuando em condições aquém do ideal (sem sequer contar, necessariamente, com computador conectado à Internet para responder ao questionário no horário de trabalho). Para estimular a participação, foram criados uma página eletrônica e um cadastro para envio de boletins sobre o andamento da pesquisa. A maioria dos preceptores cujo contato foi informado pelo coordenador de programa deixou de responder ao questionário, apesar de recorrentes solicitações (via correspondência eletrônica, inclusive individualizada). Apareceram preocupações de alguns preceptores sobre a confidencialidade das respostas em correspondência enviada ao correio eletrônico da pesquisa, na qual buscavam assegurar que suas respostas não seriam compartilhadas com coordenadores, o que estava explícito no termo de consentimento

livre e esclarecido que precedia o questionário eletrônico). Apesar disso, 463 preceptores responderam ao inquérito.

O fato de a maioria dos respondentes ter vínculo estável com o serviço público sugere temor ou desinteresse daqueles mais precarizados. É possível que alguns respondentes brasileiros tenham optado por respostas “politicamente corretas”, eximindo-se de maiores críticas ou do compartilhamento de impressões negativas. A triangulação de métodos (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005) explicitou algumas discrepâncias entre dados qualitativos e quantitativos, como na questão da (in)adequação da carga horária contratual às necessidades da preceptoria (reiteradamente apontada como insuficiente nas visitas de campo), que surpreendentemente aparece como satisfatória para a maioria dos respondentes dos questionários eletrônicos. Percentuais altos de respostas positivas ocorreram em itens como conhecimento do projeto pedagógico do programa e adequação da infraestrutura dos serviços para o ensino, caracterizando um contentamento com o próprio desempenho e com as condições de trabalho que não se confirmaram nas visitas. Nessas, ao entrar em unidades de saúde onde transitam profissionais e usuários (cuja privacidade e dignidade devem ser preservadas), a equipe de pesquisa se deparou com os desafios de fazer ensino e assistência sob forte pressão assistencial, com espaço físico frequentemente subdimensionado, crescentes demandas por produtividade e aporte irregular de insumos, onde a presença de residentes muitas vezes agrega mais uma camada de complicação.

Interpretar percepções e práticas em serviços de saúde demanda profunda reflexão sobre as condições objetivas nas quais os sujeitos operam, sob pena de atribuir aos indivíduos a responsabilidade por fatores institucionais que dificultam as boas práticas. É necessário construir uma relação de confiança mútua, onde pesquisadores demonstrem clareza sobre os efeitos das condições de trabalho nas práticas. As visitas de campo transcorreram num clima amistoso, e para tal contribuiu a experiência da equipe de pesquisa, que tomou cuidado para não expor pessoas ou instituições. Todos os pesquisadores do campo (cinco professores doutores) são profissionais de medicina ou enfermagem, com experiência de trabalho assistencial, que demonstraram respeito pelas eventuais diferenças de ponto de vista,

por exemplo, entre residentes e preceptores, ou entre estes últimos e os coordenadores.³ Uma vez que as visitas começassem, era possível conhecer criativas experiências e identificar desafiadores embates, compartilhando a satisfação, expressa por vários participantes, por contribuírem para inovar no ensino, no cuidado e na gestão de recursos.

Na Espanha, o trabalho de campo foi viabilizado pela participação, na equipe de pesquisa, de um chefe de estudos muito experiente. A tradução dos instrumentos de pesquisas foi realizada em várias etapas de revisão e testagem, visando minimizar problemas de interpretação das perguntas. Todos os pesquisadores que participaram de visitas de campo são fluentes em espanhol.

Desdobramentos teóricos e práticos dos achados da pesquisa

A análise comparativa indica várias semelhanças e algumas diferenças entre os dois países estudados, em seus elementos educacionais, normativos e organizacionais. No Brasil e na Espanha, iniciativas de apoio e desenvolvimento da competência para a preceptoria estão em curso. A oferta de vínculos estáveis aos profissionais que exercem a preceptoria é condição indispensável para a qualidade da formação, sendo necessário normatizar a carga horária protegida para o ensino e pesquisa. Além dos preceptores, tutores e coordenadores de programas também carecem de oportunidades de desenvolvimento profissional, que permita a sistematização dos desafios comuns e a formulação de soluções conjuntas.

O estímulo à inovação no cuidado à saúde pode beneficiar o ensino dos residentes, para além do treinamento ou adestramento (para a realização de tarefas fracionadas), considerando elementos do contexto institucional. É o caso da construção do que Peduzzi (2001) chamou de “equipe integração”, onde a interação dos agentes do processo de trabalho em saúde, mediada por práticas comunicacionais dialógicas, permitiria a construção compartilhada de sentidos, avançando na

3 Parte do material obtido nas visitas será objeto de publicações posteriores.

superação da fragmentação do cuidado (com benefícios também para o trabalho interinstitucional e intersetorial). A residência enfrenta o desafio de ensinar a reconhecer, interpretar e resolver problemas de complexa determinação e múltiplas apresentações, e dilemas da prática poderiam encontrar ambiente de reflexão em atividades de educação permanente, potencializadas pela problematização do ensino e da pesquisa em serviços.

Cabe investir na qualidade da preceptoria fortalecendo sua capacidade de mediação para o aprendizado (SOARES, et al., 2011, p. 20). Para avançar do ponto de vista teórico, no diálogo entre os campos da Saúde e da Educação, a análise da relação entre preceptoria e pesquisa pode abarcar diferentes aspectos, como a formação de preceptores para orientação de projetos e investigações sobre a preceptoria, o contexto político-institucional e normativo que envolve essa oferta de pós-graduação, e os currículos que informam seu ensino. Uma base conceitual útil para análise das residências vem dos estudos do currículo, por sua ampla e profunda discussão da relação entre currículo, escola e sociedade.

O currículo é concebido como arena de embates: “a palavra currículo vem da palavra latina *scurrere*, correr, e refere-se a curso (ou carro de corrida). As implicações etimológicas são que [...] o currículo é definido como um campo a ser seguido, ou, mais especificamente, apresentado” (GOODSON, 2008, p. 31). Essa trilha a ser seguida vem privilegiando as disciplinas escolares, conferindo poder a quem detém as parcelas específicas de conhecimento. Sendo assim,

Cada grupo emprega o seu discurso na tentativa de que sua matéria seja considerada “disciplina acadêmica” (merecedora, por isso, de recursos financeiros e oportunidades de carreira que vão se acumulando). [...] Foi institucionalizada e provida de recursos uma epistemologia que situa a “disciplina” acadêmica no topo do currículo. O que não surpreende é que o estágio final do estabelecimento de uma matéria “acadêmica” exalte o poder dos especialistas para definir o campo das disciplinas (GOODSON, 2008, p. 38-9).

A análise minuciosa da produção dos currículos vigentes, do porque e como os conteúdos são tratados em cada contexto ajudaria a compreender “como se organiza o currículo existente, como é reproduzido, como se transforma e responde a novas prescrições”.

Goodson (2008, p. 64) supera uma perspectiva meramente técnica e concebe o “currículo como construção social, primeiramente em nível da própria prescrição, mas depois também em nível de processo e prática” (GOODSON, 2008, p. 67). Nos currículos de residências, destaca-se a importância da problematização da relação entre educação e trabalho. Na concepção de Ciavatta (2009), o trabalho pode ser concebido como princípio educativo, sendo necessário conceber essa relação de forma complexa, incorporando elementos da “relação entre política e educação ou entre sociedade e educação, entre produtores e dirigentes, entre trabalho e educação ou entre trabalho e conhecimento” (p. 212). Investigações sobre currículo na saúde incluem aspectos formais, ocultos e vividos, beneficiando-se de valorizar o papel mediador do discurso e da linguagem na construção da realidade, por exemplo, na manutenção da divisão social do trabalho⁴. A visão de currículo como prática discursiva “significa que ele é uma prática de poder, mas também uma prática de significação, de atribuição de sentidos, [...] produzido na intersecção entre diferentes discursos sociais e culturais” (LOPES; MACEDO, 2011, p. 40-41).

O campo da saúde é fértil em disputas de sentido, a começar pelo próprio conceito de saúde, que transitou da ausência de doença até definições que reconhecem o componente coletivo e a conquista social de condições de bem-estar mediados pela ação política – ver, por exemplo, Czeresnia (1999). Obviamente, o que seja a missão dos serviços e a própria concepção de saúde como direito humano são objeto de disputa, impactando a formação profissional.

Reconhecendo que nenhum conhecimento é neutro, Lopes e Macedo (2011) destacam quatro perspectivas sobre a relação entre conhecimento e currículo: a perspectiva acadêmica, que referenda aquele conhecimento que foi submetido às regras e métodos das

4 Como salienta Peduzzi (2001, p. 107), “as diferenças técnicas dizem respeito às especializações dos saberes e das intervenções, entre as variadas áreas profissionais. As desigualdades referem-se à existência de valores e normas sociais, hierarquizando e disciplinando as diferenças técnicas entre as profissões. Ou seja, (...)as diferenças técnicas transmutam-se em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho, e a equipe multiprofissional expressa tanto as diferenças quanto as desigualdades entre as áreas e, concreta e cotidianamente, entre os agentes-sujeitos do trabalho.”

disciplinas acadêmicas; a perspectiva instrumental, que se apoia na legitimação do conhecimento, demandada pela perspectiva acadêmica, mas busca atender a determinadas finalidades de forma eficiente, sendo talhado para iniciativas comprometidas com incrementos na produtividade econômica;⁵ a perspectiva progressivista, inspirada na obra de John Dewey,⁶ onde o conhecimento se alimenta da experiência e objetiva agregar bem-estar social a relações sociais democráticas; e a perspectiva crítica, que incorpora o enfoque da distribuição de poder e luta pela hegemonia⁷ na sociedade (LOPES; MACEDO, 2011, p. 74-77). A perspectiva crítica abarca diversos autores, como os da chamada Nova Sociologia da Educação (NSE), que analisam fenômenos escolares através das lentes da pesquisa sociológica, atribuindo validade ao conhecimento que contribui para a emancipação humana (LOPES; MACEDO, 2011, p. 79). Tratam, portanto, com cautela o conhecimento cientificamente legitimado, potencialmente atrelado a interesses de classe ou grupos: “quanto mais um currículo é naturalizado, quanto mais ele é compreendido como o único possível [...], mais eficiente é o processo de deslegitimação dos saberes excluídos desse currículo” (LOPES; MACEDO, 2011, p. 79).

Análises institucionais podem ser conjugadas com o exame das práticas educativas, com a premissa de que o agente do ensino

5 Lopes e Macedo (2011) observam como o currículo por competências, atualmente prestigiado na saúde, pode se filiar a esse tipo de objetivo instrumental. Por outro lado, na área de saúde, a apropriação do conceito de competência no desenvolvimento curricular permite uma revalorização da prática profissional como objeto de reflexão mediada pela problematização das atitudes profissionais e da leitura dos contextos onde essa prática ocorre (AGUIAR; RIBEIRO, 2010).

6 Autor importante na área da saúde para autores que adotam a Aprendizagem Baseada em Problemas - ver, por exemplo, Penaforte (2001). Sobre a obra de Dewey e suas consequências para a educação brasileira, por sua influência no chamado movimento da Escola Nova, Ciavatta recupera críticas como à noção de que a educação poderia transformar a sociedade, citando a falta de condições de expandir a oferta de métodos ativos às crianças trabalhadoras em função do custo. Reconhece, no entanto, a contribuição dessa vertente do pensamento e da prática educacionais, associados à modernização conservadora, de caráter liberal, para a reorganização da educação pública (CIAVATTA, 2009, p. 222-3).

7 Na perspectiva gramsciana, não seria apenas através da força que uma classe social manteria ascendência ou domínio sobre os demais. Tal domínio estaria preservado em parte através do exercício de certa “liderança moral e intelectual” mantida às custas da capacidade de fazer certas concessões: “A base material da hegemonia é constituída mediante reformas ou concessões graças às quais mantém-se a liderança de uma classe, mas pelas quais outras classes têm certas exigências atendidas” (BOTTFOMORE, 1988, p. 178).

interpreta seu contexto e se comporta em função de seus valores e do conhecimento teórico ou tácito, exercendo um tipo de mediação, como observado em estudo com preceptores de Residência em Pediatria por Wuillaume (2000). Para Sacristán (2000, p. 166), o professor é “um mediador decisivo entre o currículo estabelecido e os alunos, um agente ativo no desenvolvimento curricular” e sua ação condiciona, em boa medida, a aprendizagem dos alunos. Sendo a docência uma semiprofissão, seu exercício não se apoiaria apenas em bases científicas:

[...] concepções dos professores sobre a educação, o valor dos conteúdos e processo ou habilidades propostos pelo currículo, percepção de necessidades dos alunos, de suas condições de trabalho, etc. sem dúvida os levarão a interpretar pessoalmente o currículo, lembrando que o ensino envolve o trato com muitas situações “incertas e conflitivas” (SACRISTÁN, 2000, p. 172-173).

Para Cury (1987), a mediação destaca o aspecto de ação recíproca entre os fenômenos, o que estabelece dinâmicas cuja análise “implica, então, o afastamento de oposições irreduzíveis, e sem síntese superadora”. Ao buscar relacionar o real e o teórico com as lentes da mediação, o investigador buscaria “captar um fenômeno no conjunto de suas relações com os demais fenômenos [...]. Sem as mediações as teorias se tornam vazias e inertes, e sem as teorias, as mediações se tornam cegas ou caolhas” (CURY, 1987, p. 43-44).

O docente (ou no caso, preceptor) atuaria como “mediador entre o aluno e a cultura”, sendo que “a filtragem do currículo pelos professores não é um mero problema de distorções cognitivas ou interpretações pedagógicas diversas”(CURY, 1987, p. 177-178). Sacristán (2000) salienta consequências dessa “filtragem” para o desenvolvimento docente, argumentando que as inovações demandam “introjeção” de ideias nos esquemas prévios de pensamento e comportamento dos docentes, sendo evidente que na assimilação do novo existe um processo de adaptação interna cujo resultado não é a cópia mimética da ideia, mas uma transação entre os significados do professor e os que a nova proposta busca veicular.

Essas reflexões teóricas facilitam interpretar avanços e recuos na oferta da residência, a começar pelos embates entre os que privilegiam o conhecimento biomédico (ENGEL, 1977), largamente legitimado no ensino em saúde (facilitando a fragmentação dos sujeitos em

órgãos doentes e a venda de procedimentos para diagnosticar ou tratar alterações morfofuncionais orgânicas), e os que preconizam a importância de conteúdos e práticas comprometidos com a construção de uma sociedade mais saudável, justa e igualitária, com inclusão de elementos de estímulo ao desenvolvimento de adequadas atitudes profissionais pautadas pela ética, pela empatia e busca permanente de aperfeiçoamento, além da problematização do custo-benefício das intervenções à luz da promoção da integralidade e equidade.

Cabe destacar, no refinamento dessas lentes analíticas, que a pesquisa educacional (inclusive aquela aplicada à formação em saúde) enfrenta a coexistência de diferentes molduras teórico-conceituais e seus graus de (in)compatibilidade. Na moldura do materialismo histórico, os agentes pedagógicos (CURY, 1987, p. 112) estariam implicados na manutenção da divisão social do trabalho e dos privilégios de classe, mas para analisar o ensino da residência (sendo os agentes preceptores, tutores e coordenadores), pode ser necessário superar essa moldura. Os dados da Pesquisa PREPG indicam forte compromisso ético e político de inúmeras lideranças das residências (médica e multiprofissional) com a saúde da população e sua identificação com os princípios do SUS, de universalidade, equidade e integralidade. Como admite o próprio Cury (1987), o agente pedagógico está submetido às contradições inerentes ao trabalho no capitalismo, e “sua mercantilização crescente como força de trabalho especializada, suas condições de vida, suas perspectivas de trabalho fazem dele *um operário assalariado com as funções um intelectual*, capaz de ser cooptado [ou não] pelos grupos dominantes” (p. 116).

Com mudanças no mercado de trabalho em saúde indicando o esgotamento da prática eminentemente liberal, criam-se oportunidades para aprimoramento do trabalho institucional, cooperativo, em equipe, e questionamento (em alguma medida) da própria divisão técnica e social do trabalho, sendo objeto de iniciativas de educação permanente em saúde voltadas para problematização do processo de trabalho e suas contradições (LOPES et al., 2007; BRASIL, 2014). No Brasil vem sendo recrutados para atuar nos serviços estratos sociais historicamente excluídos do ensino superior, em decorrência da ampliação da oferta das vagas nas universidades e do aumento da contratação pelos municípios nos últimos anos (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011). A residência oferece bolsas atrativas para jovens recém-formados, e

muitos preceptores em exercício são egressos das residências. As brechas decorrentes das contradições da prática, admite Cury (1987), permitem a emergência de mudanças: “O agente pedagógico encarna a própria contradição. Ele é um assalariado, o que lhe possibilita exercer a função especificamente educativa, consciente de sua proletarização, e então colocar essa frente pedagógica a serviço de sua classe” (p. 117). Não se pode, no entanto, assumir uma origem comum de classe ou estrato social, para preceptores atualmente em exercício, cabendo “erigir sobre a prática educativa uma teoria mais elaborada que revele, no caráter hegemônico, mediador e contraditório dessa prática, os elementos decisivos de sua superação” (p. 130).

Mudanças na formação, no contexto atual de oferta das residências, incluem a “formação de comunidades de aprendizagem em que se desenvolvam os princípios do ensino colaborativo em equipe” (ACIOLE, 2016, p. 1179), cabendo ao preceptor exercer a “mediação pedagógica” na análise e reflexão sobre a prática em serviços. Ocorre que não se trata de uma mediação, mas de várias, de naturezas conceituais e metodológicas diferentes: mediações sobre a relação entre teoria e prática, entre normas e comportamentos, entre a educação presencial e a educação à distância, entre técnico e político, entre biomédico e social. Por exemplo, no ensino de residência multiprofissional, o esforço curricular de abranger conteúdos inerentes ao núcleo de conhecimentos específico de cada profissão, mas também aqueles do campo da saúde e das políticas públicas, obriga a revisões e negociações constantes, apoiadas na capacidade de suas lideranças fazerem sentido de contradições e paradoxos encontrados no espaço entre o ideal e o real das práticas.

A divisão social do trabalho e a construção da multiprofissionalidade agregam complexidade ao trabalho de preceptores e gestores, incumbidos de forma tácita ou explícita de ressignificar relações e negociar espaços (físicos e também simbólicos). A rigidez da divisão social e também da divisão técnica do trabalho (PEDUZZI, 2001) antagoniza o ideal de práticas em saúde mais criativas e menos assimétricas, sendo objeto de práticas discursivas, muitas vezes, ambivalentes. Nas residências voltadas para o ensino da atenção à mulher, por exemplo, os estudos de gênero e análise dos papéis sexuais (com suas implicações na saúde-doença da população feminina) disputam representação nos currículos

com os inúmeros temas de natureza biomédica, ficando em evidente desvantagem. Como consequência, os especialistas formados terão dificuldade para interpretar e interferir em situações tão complexas como prevalentes, envolvendo determinantes econômicos, culturais e biológicos (violência de gênero, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, entre outros).

Analisando criticamente a seleção de conteúdos do currículo à luz das disputas por hegemonia, Apple (1989) observa como a capacidade do conhecimento hegemônico de operar em nível do senso comum decorre, em parte, de ser ensinado como universal. Ou seja, historicamente entretidos com a tarefa de incorporar cada vez mais conhecimento biomédico (portanto privilegiando uma concepção de saúde e de ciência cujo padrão-ouro é o método experimental), os currículos tradicionais na área de saúde toleram pouca representação ou mesmo o silenciamento de temas como direitos sociais, demografia, epidemiologia, determinantes do processo saúde-doença (também sub-representados na pesquisa em serviços). Por outro lado, desenvolver currículos pautados por um modelo biopsicossocial de análise dos fenômenos saúde-doença não pode desconsiderar a importância do conhecimento biomédico, ou seja, os métodos de produção do conhecimento na área de saúde não são intrinsecamente bons ou maus. A intenção de compreender como os sujeitos fazem sentido de sua vida e saúde (e pautar as intervenções no reconhecimento da alteridade e dos direitos sociais) não autoriza profissionais de saúde a negligenciarem o âmbito biológico do adoecimento.

Lopes e Macedo (2011, p. 91) desestimulam perspectivas analíticas baseadas em “posições fixas na luta política”, que podem remeter a antagonismos rígidos e simplificação dos embates em torno do currículo, considerado “uma produção cultural, por estar inserido nessa luta pelos diferentes significados que conferimos ao mundo” (p. 93). Propõem dois conceitos úteis para operar estudos das camadas de mediação que informam o currículo (e o ensino-aprendizagem) nas residências, evitando antagonismos rápidos e interpretações ingênuas: a *transposição didática* e a *recontextualização*. A primeira se refere às operações de transformação de um dado conhecimento em saber escolar (LOPES; MACEDO, 2011, p. 97), lembrando que a operação dessa transposição não recai exclusivamente sobre o professor (no

caso, preceptor): várias camadas, que incluem pessoas e instituições de ensino, associações científicas e especialistas, implicados na prescrição de práticas pedagógicas (p. 98) operariam a produção do conhecimento escolar. As autoras destacam que “o termo ‘transposição’ pode ser associado à ideia de reprodução, movimento de transportar de um lugar a outro, sem alterações”, entendendo que não se trata, no entanto, de uma transposição mecânica, e sim “um processo de mediação didática [...] no sentido dialético: um processo de constituição de uma realidade a partir de mediações contraditórias, de relações complexas, não imediatas” (LOPES, 1999, p. 209).

Com a premissa que essas diversas instâncias influem (de forma oficial ou não) na seleção e interpretação de conteúdos e formatação de práticas, uma agenda de pesquisa que busque abranger essas camadas de determinação dos currículos observará a influência de agências internacionais, nacionais, regionais e locais, buscando perceber como o discurso pedagógico é produzido na intersecção do discurso instrucional, de natureza técnica, e do discurso regulativo, de natureza moral e valorativa, numa formatação conhecida como recontextualização (LOPES; MACEDO, 2011, p. 102). A recontextualização dos componentes instrucionais (supostamente “neutros”) operada pelo discurso regulativo (carreador da ideologia que informa a ação dos agentes da recontextualização – representantes do Estado, da Academia, das escolas, entre outros) presume interpretações, simplificações e reelaborações nas quais “partes são aproveitadas, outras são desconsideradas, releituras são feitas e ideias inicialmente propostas são inseridas em contextos outros, que permitem sua resignificação” (p. 104).

Argumentando que a formulação de discursos constitui as identidades pedagógicas, no contexto da divisão social do trabalho, Lopes (2005, p. 55) defende que a recontextualização ajuda a compreender dinâmicas políticas e suas consequências para “processos de reprodução, reinterpretação, resistência e mudança, nos mais diferentes níveis”, por sua capacidade de legitimar (ou não) determinados discursos (p. 54), no enfrentamento entre o campo recontextualizador oficial (instâncias regulatórias do Estado) e campo recontextualizador pedagógico (conformado pelas instituições, sujeitos e conhecimentos implicados na análise e práticas de ensino (BERNSTEIN, 1996 apud LOPES, 2005).

Assim, conceitos como transposição didática e recontextualização são úteis para analisar relações entre escolas (aqui entendido como englobando os diversos cenários de ensino-aprendizagem em saúde) e sociedade, apontando para a produção de saberes e valores que informam a formação (por exemplo, dos residentes), a partir da investigação dos sentidos em disputa. Lopes (2005) argumenta que são múltiplas e contraditórias as relações estabelecidas entre o campo oficial e o pedagógico, observando que não são monolíticos, conforme observado por Cury (1987), inclusive porque “existem agentes e práticas nos dois campos que elaboram discursos contrários às orientações dominantes no contexto oficial, não sendo possível afirmar a homogeneidade dos discursos nesses dois campos, nem tampouco a possibilidade de não-articulação entre ambos” (p. 55).

Lopes (2005) propõe agregar elementos de uma perspectiva pós-estruturalista de abordagem da cultura (aplicável aos estudos do currículo), embora ciente da possível incongruência epistemológica da proposta,⁸ argumentando que a moldura marxista com ênfase estruturalista, quando adotada para explicar como o discurso pedagógico se forma e busca legitimação, não facilita analisar possibilidades de mudança. O conceito de hibridismo, desenvolvido por autores dos chamados Estudos Culturais, incorporaria à recontextualização nuances capazes de potencializar a compreensão de como a agenda das políticas se reconfigura em diferentes cenários (LOPES, 2005 p. 56), permitindo entender a coexistência de diferentes molduras técnico-políticas do currículo em saúde, como as “mesclas entre construtivismo e competências”, entre o currículo por competências e o currículo disciplinar, e a tensão entre a “valorização

8 Costa, Wortmann e Bonin (2016, p. 277) defendem esse diálogo entre teorias críticas (de inspiração marxista) e pós-estruturalistas: “a possibilidade de diálogo entre as duas vertentes pode se dar no limite de suas próprias fronteiras. Justamente no acolhimento, por parte das teorias críticas, de problematizações típicas das correntes pós-modernas, mas que não chegam a tirar das teorias críticas seu protagonismo e sua defesa de projetos coletivos de sociedade. De outro modo, as teorias críticas que acolhem acepções ‘pós’, compreendem que os projetos de sociedade que defendem não se constituem na verdade sacralizada, e sim em um ponto de vista propositivo e discursivo, que, para além do discurso e do texto em si, visa a uma intervenção em determinadas realidades, de modo a ressignificá-las.”

dos saberes populares, dos saberes cotidianos e dos saberes adequados à nova ordem mundial globalizada”, cuja interpretação extrapola a análise baseada no princípio da contradição, dado que “não se trata de elementos contraditórios em que um não existe sem o outro, tampouco podem ser explicados apenas por distinções e oposições” (LOPES, 2005 p. 57).

Do ponto de vista metodológico, a pesquisa pode buscar articular níveis macro e micro de análise, analisando aspectos concretos do processo educacional “para então relacioná-las às condições estruturais e situar tal análise em um contexto mais amplo das questões políticas e educacionais dos educadores” (LOPES, 2005 p. 55), passando, por exemplo, pela problematização de como ambivalências presentes em propostas curriculares permitem “zonas de escape” permeáveis a discursos não hegemônicos. O esforço da Pesquisa PREPG, nesse sentido, pode ser considerado pelo menos parcialmente bem-sucedido. Muito ainda resta a fazer, dependendo de uma aproximação teórica qualificada entre saúde e educação que perpassa a pós-graduação *stricto sensu*, com definição de linhas de pesquisa e financiamento voltadas para a formação de mestres e doutores.

Por fim, pensar a pesquisa na interface com a preceptoria inclui debater a relação “sujeito-objeto”, incluindo o preceptor como pesquisador. A pesquisa em serviços é um importante fator de agregação de qualidade e efetividade das ações, que contribui para testar inovações, avaliar intervenções e promover o uso racional de recursos. A apropriação do método científico pelos preceptores pode reverter em benefício para a produção de conhecimento e orientação de projetos.⁹ O método científico, portanto, é componente importante de um currículo de formação de preceptores, bem como a temática da avaliação de aprendizagem

9 A “dupla militância” de profissionais do serviço que exercem a docência universitária pode ser incentivada, evitando, no entanto, que a pesquisa seja mais uma incumbência a disputar espaço e energia com o ensino e assistência, sem que condições adequadas sejam garantidas.

dos residentes, que vem sendo problematizada por lideranças no Brasil e na Espanha.¹⁰

Fica claro que a residência não pode ser assunto apenas para uns poucos especialistas em pós-graduação. Analisando a formulação de políticas envolvendo a residência médica, Petta (2011, p. 36) identifica sua “característica ambivalente”, decorrente da inserção simultânea no mundo da formação e do trabalho, sendo “influenciada e influenciadora da conformação profissional e das práticas em saúde”. Não surpreende, portanto, a dificuldade de preencher a atual lacuna regulatória, observada por Soares et al. (2011): “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” (SOARES et al., 2011, p. 21).

Para concluir, cabe destacar como avanços obtidos no Brasil se devem, em parte, ao diálogo institucionalizado entre o Ministério da Saúde e o da Educação, fortalecido com a criação da CIGES (Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde) (BRASIL, 2007), que criou uma subcomissão para estudar a necessidades de médicos especialistas no país. Os resultados obtidos informaram o lançamento do Pró-Residência¹¹ (BRASIL, 2009), buscando enfrentar carências de especialistas em várias regiões do país. No caso da residência médica, o desenvolvimento da preceptorial se insere no bojo da pactuação de

10 É comum a confusão de conceitos como habilidade, desempenho e competência, e ainda há quem associe o adequado desempenho de uma dada tarefa à “competência”. Ocorre que num contexto dinâmico como o do fortalecimento do SUS, é necessário reinterpretar os problemas da prática, à luz de contextos dinâmicos, e produzir novas soluções. Portfólios (inclusive eletrônicos) podem contribuir para registro e análise dos conhecimentos, habilidades e atitudes que indiquem, ainda que indiretamente, o desenvolvimento de competência pelos residentes.

11 O lançamento do Pró-Residência gerou a publicação de editais para “apoiar o desenvolvimento de novos Programas de Residência Médica em especialidades prioritárias no âmbito das áreas de intervenção em saúde mental, urgência/emergência, atenção oncológica, atenção básica, atenção à mulher e a criança e saúde do idoso” (PETTA, 2011, p. 54). Adotando o modelo do matriciamento institucional, o programa indicava o “desenvolvimento de programa de qualificação de preceptores da unidade [matriciada] nas áreas clínica, didático-pedagógica, de gestão da atenção e do sistema de saúde, considerada a especificidade da área de intervenção a que se relaciona o programa” (PETTA, 2011, p. 54).

um novo marco regulatório (valorizando a representação de gestores estaduais e municipais nas instâncias deliberativas), que contemple aspectos da regulamentação da preceptoria, incluindo incentivos (carga horária protegida, valorização no plano de carreira, incentivos ao desenvolvimento profissional, e remuneração, entre outras possibilidades), beneficiando-se de avanços já obtidos nas residências em área de saúde, que explicitam as atribuições de preceptores, tutores e coordenadores, por exemplo. A efetiva ordenação da formação profissional em saúde, conforme prevista na Constituição Federal, demanda uma base jurídico-normativa sólida, a exemplo do que se verificou na Espanha após a promulgação da Lei de Ordenação das Profissões Sanitárias (ESPANHA, 2003). Adequado planejamento e gestão coordenada da formação de profissionais para atuarem nos sistemas de saúde são fundamentais para garantir o provimento do perfil profissional compatível com as necessidades da população (e sua efetiva distribuição).

Na Espanha, os preceptores passam por processo prévio de credenciamento e são recebidos pelos chefes de estudos das unidades docentes antes de darem início às atividades. Ou seja, a atuação na preceptoria demanda um processo oficial de certificação, enquanto que, no Brasil, muitas vezes é difícil estabelecer quem é preceptor ou não num dado serviço. Autonomo et al. (2015, p. 325) destacam a necessidade de os preceptores compreenderem, mesmo antes de entrarem em atividade, o projeto pedagógico e a importância de integrar os residentes nas equipes de saúde. Tecnologias de informação e comunicação (TICs) são aliadas no desenvolvimento profissional de preceptores e residentes, e indispensáveis à efetiva gestão do ensino nas redes de serviços. Sem acesso a informação fidedigna e atualizada, não é possível monitorar ações em desenvolvimento envolvendo muitos residentes e preceptores atuando em diferentes cenários. Na Andaluzia, o desenvolvimento do PortalEIR facilitou a gestão e ensino da residência e da educação continuada na rede de serviços, ao incluir ferramentas para desenvolvimento profissional dos preceptores, portfólio eletrônico para residentes, entre outros recursos. No Brasil ainda não existe uma plataforma desenhada para esse fim, compartilhada pelos programas. Alguns programas vêm desenvolvendo suas próprias estratégias de incorporação de TICs, utilizando ambientes virtuais de aprendizagem

e/ou desenvolvendo softwares para gestão. É desejável ampliar o debate entre potenciais usuários (gestores, preceptores, residentes), em nível nacional, sobre suas necessidades, de modo a produzir tecnologias que permitam abarcar, na medida do possível, as singularidades da formação nas diferentes instituições e respectivas redes. As iniciativas em nível local merecem ser compartilhadas e analisadas, inspirando desenvolvimento tecnológico de produtos que sejam dissemináveis para todos os programas, já sabendo que iniciativas dessa envergadura demandam coordenação, planejamento e recursos.

Referências

ACIOLE, G. G. Rupturas paradigmáticas e novas interfaces entre educação e saúde. *Cad. Pesq.*, v. 46, n. 162, p. 1172-1191, out./dez. 2016.

AGUIAR, A. C.; RIBEIRO, E. C. O Conceito e avaliação de habilidades e competência na educação médica: percepções atuais dos especialistas. *Rev. bras. educ. méd.*, v. 34, n. 3, p. 371-378, 2010.

APPLE, M. W. *Currículo e poder. Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 46-57, 1989.

ARAÚJO, T. A. M. et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface (Botucatu) [online]*, jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017005002102&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. Projeto: desenvolvimento de competência pedagógica para a prática da preceptoria Fase II - 2014-2015. Rio de Janeiro, out. 2013. Disponível em: <<http://www.educacaomedica.org.br/arquivos/publicacoes/2.%200%20Projeto.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

AUTONOMO, F. R. O. M. et al. Apreceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária: análise das publicações brasileiras. *Rev. bras. educ. méd.*, v.39, n. 2, p.316-327, 2015.

BENTES, A. et al. Preceptor de residência médica: funções, competências e desafios. a contribuição de quem valoriza porque percebe a importância: nós mesmos! *Cadernos da ABEM*, v. 9, p. 32-30, out. 2013.

BERNSTEIN, B. *A estruturação do discurso pedagógico: classe, códigos e controle*. Petrópolis: Vozes, 1996.

BOTTOMORE, T. *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

BRASIL. Decreto de 20 de junho de 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, 21 jun. 2007a. Seção 1, p. 16.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial Nº 1.001, de 22 de outubro de 2009. Institui o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2009a. Seção 1, p. 9.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 278, de 27 de dezembro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2014. Seção 1, p. 62.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2009. p. 117-130.

CIAVATTA, M. *Mediações históricas de trabalho e educação*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2009.

COSTA, M. V.; WORTMANN, M. L.; BONIN, I. T. Contribuições dos estudos culturais às pesquisas: uma revisão. *Currículo sem Fronteiras*, v. 16, n. 3, p. 509-541, set./dez. 2016.

CURY, C. R. J. *Educação e contradição*. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1987.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-709, Oct./Dec. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mar. 2017.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for Biomedicine. *Science*, v. 196, n. 4286, p. 129-136, Apr. 1977.

GOODSON, I. *Currículo: teoria e história*. 8. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

LANCMAN, S.; SZNELMAN, K. I. (Org.). *CHRISTOPHE DEJOURS: da psicopatologia a psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004.

LOPES, A. C. *Conhecimento escolar: ciência e cotidiano*. Rio de Janeiro: EdUERj, 1999.

_____. *Política de currículo: recontextualização e hibridismo*. Currículo sem Fronteiras, v. 5, n. 2, p. 50-64, jul./dez. 2005.

_____. MACEDO, E. *Teorias de currículo*. São Paulo: Cortez Editora, 2011.

LOPES, S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Com. Ciências Saúde*, v. 18, n. 2, p. 147-155, abr./jun. 2007.

MACHADO, M. H. et al. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). *O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC,UERJ, 2011, p. 103-116.

MARSIGLIA, R. G. *Relação ensino-serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995.

MARX, K. *Contribuição à crítica da economia política*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional em saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PENAFORTE, J. C. John Dewey e as raízes filosóficas da aprendizagem baseada em problemas. In: MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. (Org.). *Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará ; São Paulo: Hucitec, 2001. p. 49-78.

PEREIRA, I. A. et al. Princípios pedagógicos e relações entre teoria e prática na formação de agentes comunitários de saúde. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 377-397, ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200377&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 fev. 2017.

PETTA, H. L. *“Formação de médicos especialistas no SUS: descrição e análise da implementação do Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pro-Residência)”*. 2011. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

SACRISTÁN, J. G. *O currículo: uma reflexão sobre a prática*. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

SOARES, A. C. P. et al. A importância da regulamentação da preceptoria para a melhoria da qualidade dos programas de residência médica na Amazônia Ocidental. *Cadernos da ABEM*, v. 9, p. 14-22, out. 2013.

YOUNG, M. Curriculum theory: what it is and why it is important. *Cad. Pesqui.*, São Paulo, v. 44, n. 151, p. 190-202, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742014000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 fev. 2017.

WUILLAUME, S. M. *O processo ensino-aprendizagem na residência médica em pediatria: uma análise*. 2000. 158 f. Tese [Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2000.

Baseado em investigação internacional, que contou com a participação de preceptores e coordenadores de programas em 15 estados brasileiros e em 8 províncias espanholas, e que adotou um desenho de pesquisa multimétodos, esse livro apresenta experiências e percepções de preceptores de residência no Brasil e na Espanha. Estabelece paralelos que podem enriquecer o conhecimento dos interessados na formação em saúde em distintos países, aportando elementos de contexto que ajudam o leitor a identificar analogias com suas próprias realidades. Compreendendo a análise de variáveis político-institucionais e normativas, apresenta características da oferta de residências em ambientes hospitalares e de atenção primária. Chama a atenção também para a delicada orquestração da formação na área de saúde, exercida por coordenadores e tutores. Oferece assim uma fotografia atual dos avanços e desafios colocados para a formação de especialistas em saúde, com destaque para o protagonismo dos preceptores.

Realização:



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Apoio:



Organização
Pan-Americana
da Saúde

