

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Estudo dos Programas de Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade: a questão da preceptoria”

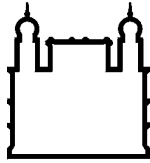
por

Maria Alicia Castells

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos

Rio de Janeiro, janeiro de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Estudo dos Programas de Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade: a questão da preceptoria”

apresentada por

Maria Alicia Castells

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Sérgio Henrique de Oliveira Botti

Prof. Dr. Carlos Otávio Fiúza Moreira

Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 24 de janeiro de 2014.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

C348 Castells, Maria Alicia
Estudo dos programas de residência médica em
medicina de família e comunidade do Rio de Janeiro: a
questão da preceptoria. / Maria Alicia Castells. -- 2014.
83 f. : tab. ; mapas

Orientador: Campos, Carlos Eduardo Aguilera
Romano, Valéria

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Internato e Residência. 2. Tutoria. 3. Educação
Médica. 4. Medicina de Família e Comunidade. I.
Título.

CDD - 22.ed. – 610.7098153

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha querida família.

Ao meu marido Eduardo, pelo seu amor e exercícios de compreensão; pelas suas eternas inquietações que sempre me ajudam a manter em movimento.

Ao nosso pequeno Henrique, pela sua alegria e fascínio com a vida; pelo companheirismo com os pais.

Ao meu pai Eduardo e a minha mãe Alicia, pelo maravilhoso exemplo de vida, pela compreensão serena das distâncias e pela presença eterna.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador professor Carlos Eduardo Aguilera Campos, pelos importantes momentos de paciência e devido entusiasmo, que não me deixaram desanimar no percurso.

À minha co-orientadora professora Valéria Romana, pela sua dedicação e questionamentos, que tanto contribuíram para o meu trabalho; pela sua capacidade de ouvir e orientar.

Ao professor Carlos Otávio Fiúza, pela participação na banca de qualificação e importantes contribuições nas minhas reflexões.

À professora Elyne Engstrom, pelo entusiasmo e dedicação na condução deste mestrado, e pela compreensão e respeito aos momentos de dificuldade no decorrer da trajetória.

Aos Coordenadores dos PRMMFC Núlvio Lermen e Regina Daumas, pelo apoio e por terem facilitado a participação dos preceptores na pesquisa.

Ao amigo Alex Simões, pelo apoio na realização dos grupos focais.

À minha equipe de saúde, residentes e preceptores da Clínica da Família Victor Valla, pela parceria e compreensão das minhas idas e vindas neste percurso.

A todos os preceptores dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro, pelo entusiasmo, compromisso e dedicação ao desafio de ser um educador. Em especial aos preceptores que participaram dos grupos focais, que apesar de todas as dificuldades de tempo e de distância, contribuíram com grande generosidade permitindo que este trabalho se concretizasse.

Por cada dia desta jornada, à minha família e amigos, pelo apoio e compreensão nas ausências.

RESUMO

Este trabalho aborda a prática de preceptoria nos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC) do Rio de Janeiro. Em 2012 foi iniciada nestes programas uma nova organização do processo de trabalho do residente e do preceptor. O residente passou a assumir, sob supervisão, as atribuições de médico da equipe de saúde da família, e o preceptor diminuiu suas atividades assistenciais para ampliar sua responsabilidade pelo processo de ensino-aprendizagem dos residentes. O objetivo principal deste trabalho foi realizar um estudo descritivo da preceptoria nestes programas, com base na percepção do preceptor sobre a sua agenda de trabalho e sobre as suas atribuições. Realizou-se um estudo exploratório-descritivo, com uma abordagem quanti e qualitativa; foram utilizadas as técnicas de grupo focal e aplicação de questionário com perguntas fechadas para construção do perfil geral dos preceptores. A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo, tecendo-se uma relação com as referências da literatura. Foram realizados três grupos focais com presença de 15 preceptores dos 4 diferentes PRMMFC do RJ. Observa-se que a agenda de trabalho do preceptor ainda é pouco estruturada, ficando sujeito a presença de várias demandas externas à atividade de formação. Na agenda de trabalho do preceptor, além das atividades de formação e acompanhamento do residente, são identificadas atividades de gestão do serviço e atividades referentes à responsabilidade técnica. Os preceptores acabam também assumindo a responsabilidade por atendimentos médicos, assumindo um lugar de suporte ao residente e ao serviço de saúde como um todo. Na relação com o residente, a supervisão do atendimento clínico individual é destacada como a atividade central da preceptoria. Em relação às atribuições necessárias para a preceptoria, observa-se ainda uma falta de apropriação conceitual em relação à discussão pedagógica, apesar de identificarem-se experiências de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. A questão de ser uma referência técnica, com competência profissional na especialidade, é assumida pelos preceptores como uma atribuição, ao mesmo tempo em que são críticos a idéia de terminalidade na formação profissional. Identifica-se uma dificuldade de compreensão em relação à responsabilidade pela formação ética do residente, existindo dúvidas entre os preceptores sobre a sua importância e a sua relação com o processo educativo do aprendiz.

Palavras-Chave: Internato e Residência; Tutoria; Educação Médica; Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT

This research discusses the practice of preceptorship in Residency Programs in Family and Community Medicine of Rio de Janeiro. In 2012, a new process was initiated in the program for residents and instructors. The resident has assumed, under supervision, the duties of a family health team physician, and the instructor has diminished assisting activities, in order to enhance their responsibilities in the process of practice-learning for the resident. The main objective of this research was to create an in-depth study of the teaching methods of these programs, based on the training of the instructor in his or her work schedule, and in his or her duties. Comprehensive and qualitative research has been accomplished. The techniques of focus groups were utilized, and a survey given with closed questions, for the development of a general profile of the instructors. Three focus groups were formed, with 15 instructors present, from 4 different Residency Programs in Family and Community Medicine of RJ. Note that the instructor's work schedule is not yet fully developed, due to various external factors in the vocational training. In the instructor's Schedule – beyond the training activities and the accompanying resident – the coordination of services and activities related to technical issues has been identified. Instructors will end up also assuming responsibility for the medical care, as well as support for the resident and the health services as a whole. In relation to the resident, the supervision of the individual clinical care remains the central activity of the instructor. As for the necessary attributes for preceptorship, note that there is still a lack of conceptual appropriations in relation to the pedagogical discussion, in spite of having identified experiences in active methodologies of hands-on learning. As for the issue of being a technical reference, having professional competency in a specialized field is assumed as an attribute of the instructor. At the same time, it is critical the idea of completion of training. A misunderstanding has been identified in relation to the responsibility for ethical training of the residents. Doubts exist among instructors regarding their importance and relationship to the education process of the learner.

Keywords: Internship and Residency; Preceptorship; Education, Medical; Family Practice.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1: Mapa do município do Rio de Janeiro dividido por Áreas de Planejamento, 2005 25

Quadro 1: Distribuição da residência de MFC por Área de Planejamento: quantitativo de estabelecimentos por cada Programa de Residência no ano de 2012 26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfil dos preceptores por faixa etária, sexo e local onde realizaram graduação e residência médica	33
Tabela 2: Pós-graduação dos preceptores pesquisados	34
Tabela 3: Tempo de formação e de experiência de trabalho dos preceptores	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP – Área de Planejamento
APS – Atenção Primária à Saúde
CFM – Conselho Federal de Medicina
CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF – Equipe de Saúde da Família
EURACT – European Academy of Teachers in General Practice
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
GHC – Grupo Hospitalar Conceição
MCCP – Método Clínico Centrado na Pessoa
MFC – Medicina de Família e Comunidade
MGC – Medicina Geral e Comunitária
PBI - Problem Based Interview
PRM – Programa de Residência Médica
PRMMFC – Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
RJ – Rio de Janeiro
RT – Responsável técnico
SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SMS-RJ – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUBPAV – Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ: Universidade Federal do Rio de Janeiro
VD – Visita domiciliar

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
CONTEXTO	3
1. Residência Médica	3
2. Atenção Primária à Saúde e Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade	5
2.1 A Expansão da APS no Rio de Janeiro e a Residência em MFC	6
3 Preceptor Médica	8
3.1 A Preceptor Médica nos Documentos Institucionais	8
3.2 A Preceptor Médica na Referência Bibliográfica	9
3.3 A Importância das Tecnologias Leves na Preceptor Médica	11
4 A Preceptor Médica na Residência em MFC	13
4.1 Programa de Residência em MFC – Grupo Hospitalar Conceição (GHC)	14
4.2 Programa de Residência em MFC – Espanha	14
4.3 Portugal – Perfil de Competências do Preceptor	16
4.4 Oficina para Capacitar Preceptores em MFC – SBMFC	17
4.5 O Processo Ensino-Aprendizagem e o Preceptor	18
JUSTIFICATIVA	20
OBJETIVOS	23
METODOLOGIA	24
1. Tipo de estudo	24
2. Abordagem do problema	24
3. Cenário de estudo	24
4. Sujeitos do estudo	26
5. Instrumentos para coleta de dados	27
6. Análise de dados	29
7. Questões éticas	31
RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
1. Perfil Geral dos Preceptores	32
2. Atividades e Organização da Agenda de Trabalho da Preceptor Médica	36
2.1 Trabalho do preceptor priorizando o atendimento em consultório	38
2.2 O preceptor realizando atendimento clínico	42
2.3 Atividades de Gestão do Serviço	45
3 Atribuições do Preceptor	49
3.1 A relação pedagógica preceptor-residente	50
3.2. Competência técnica do preceptor enquanto especialista	56
3.3. A responsabilidade pela formação ética	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
APÊNDICES	78

APRESENTAÇÃO

Com a progressiva expansão da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil, a necessidade de profissionais médicos para comporem as equipes de saúde da família (ESF) e a formação de médicos com especialização em Medicina de Família e Comunidade (MFC) tem se tornado assunto de relevância cada vez maior. Uma das conseqüências desta expansão é a ampliação dos Programas de Residência Médica em MFC (PRMMFC), que vem ocorrendo em vários municípios.

No caso do Rio de Janeiro, o processo de expansão da APS, iniciado em 2009, e a criação acelerada de um grande número de ESF nos primeiros anos resultaram numa parcela considerável de equipes incompletas, sem a presença do profissional médico na sua composição. É neste contexto que o município fez uma escolha estratégica de investimento na formação de médicos de família e comunidade, criando uma residência na especialidade.

A medida resultou na criação de 60 vagas para residência médica dessa especialidade no ano de 2012. Nessa proposta, o médico residente passou a compor uma ESF, e cada preceptor tornou-se responsável pela supervisão de duas equipes. Este projeto demandou o deslocamento de 30 médicos de família, que já atuavam em equipes de saúde da família, para a função de preceptores da residência. Outros programas de residência da mesma especialidade que já existiam no município (UFRJ, UERJ e ENSP), motivados pelas mudanças locais, mas buscando preservar alguma das suas características, também modificaram seus programas. Assim, em todas as propostas, o preceptor saiu da função predominante de prestar assistência à saúde e passou a ocupar um papel mais centrado na preceptoria, com maior tempo para dedicar-se à formação do residente. É neste contexto de um novo agir da preceptoria que se insere o presente estudo.

A motivação pessoal pela escolha do tema surge da inserção da autora como preceptora do Programa de Residência da UFRJ, que a partir de 2012, também passa pela reorganização das atividades da preceptoria de MFC. Procurando facilitar uma melhor compreensão do tema, este trabalho inicia apresentando uma breve referência à história da residência médica e as características deste modelo de formação. Em seguida é tecida uma discussão sobre o desenvolvimento da residência médica em MFC e sua

relação com a expansão da Atenção Primária à Saúde e, posteriormente, inicia-se uma aproximação conceitual em relação à questão da preceptoria médica, no sentido de delimitar suas atribuições.

CONTEXTO

1. RESIDÊNCIA MÉDICA

O primeiro programa formal de residência médica – enquanto uma proposta de treinamento especializado – surgiu em 1889 nos Estados Unidos, no hospital da Universidade Johns Hopkins. Esse hospital foi o primeiro a concretizar a recomendação do Conselho de Hospitais e Ensino Médico da Associação Médica Americana para organizar um sistema de formação que privilegiasse a prática clínica hospitalar e o treinamento profissional em serviço (LIMA 2008). Assim, a residência nasce como um treinamento especializado avançado, concentrado em ambiente hospitalar, sendo que desde o primeiro momento, os programas foram pensados com a idéia do residente garantindo uma assistência médica permanente no hospital, mas assumindo uma responsabilidade e autonomia em graus progressivos, sob supervisão de *staffs* do hospital e da faculdade. (LIMA, 2008); (BOTTI, 2009). As mudanças na educação médica americana, iniciadas pela Universidade Johns Hopkins, foram usadas como modelo para a construção do Relatório Flexner, em 1910. (LIMA, 2008) A partir desse momento, inicia-se a era da especialização e formação hospitalar na formação médica. (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010)

A partir das experiências norte-americanas, a proposta de residência, como forma de aperfeiçoamento após a graduação, se difundiu nos Estados Unidos e, posteriormente, no mundo (MUCCI, 2011). Já na década de 1940, no Brasil, surgiram as primeiras experiências de residência médica seguindo esta linha, iniciadas em São Paulo e Rio de Janeiro (BOTTI, 2009); (LIMA, 2008); (MUCCI, 2011). Após alguns anos, a crescente oferta e valorização do especialista médico no mercado consolidou o caminho da residência médica como uma etapa essencial e quase obrigatória para a qualificação profissional médica no Brasil.(BOTTI, 2009).

Essa tendência, associada também à expansão do ensino superior, resultou no rápido aumento do número de programas de residência médica na década de 1970. A este movimento expansionista se somam o aparecimento de programas de residência de qualidade duvidosa, onde o maior objetivo era o aproveitamento de mão-de-obra médica

de baixo custo, sem o devido foco sobre as práticas de ensino. (LIMA, 2008); (MUCCI, 2011)

Nesse contexto, em 1977 foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), com o objetivo de regulamentação dos programas de residência, criando normas e critérios mínimos para credenciamento dos programas. (BRASIL, 1977). A partir de então, foram surgindo diversas resoluções no sentido de criar requisitos e condições mínimas para o processo pedagógico e de trabalho nas residências.

De acordo com o decreto 80.281, de 1977, que criou a CNRM e deu outras providências (BRASIL, 1977),

A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médico, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

Com este decreto, foi formalmente expressa a necessidade de que o profissional em formação tivesse a oportunidade de exercitar a prática clínica orientado por profissionais mais experientes. Nessa relação, esperava-se que o residente pudesse experimentar níveis diferenciados e progressivos de autonomia profissional.

Este modelo de formação diretamente ligado ao mundo do trabalho considera o residente como parte integrante da equipe de saúde. Mas, apesar das atividades práticas estruturarem o processo de aprendizado, espera-se que ocorra uma relação intrínseca entre prática e teoria, sem uma subordinação de um pelo outro. Assim, espera-se evitar uma dicotomia entre as questões do trabalho e as questões de ensino-aprendizagem, muitas vezes vivenciada durante a graduação (FEUERWERKER, 1998). Feuerweker, ao discutir a complexidade da natureza da residência médica, simultaneamente de trabalho e treinamento, propõe:

A tradução dessa singularidade poderia ser o reconhecimento e valorização do papel do trabalho como instrumento fundamental do aprendizado na Residência Médica. Não existe contradição entre trabalho e aprendizado, nem subordinação de um processo ao outro. Um se faz dentro do outro, de maneira indissociável. O tratamento adequado à Residência Médica implicaria em reconhecer que ela é parte integrante e fundamental do

processo de formação dos médicos, porém, intrinsecamente ligada à produção dos serviços de saúde. (FEUERWERKER, 1998, p. 65)

No entanto, frequentemente se observa a existência de uma tensão que permeia o cotidiano dos processos de formação em serviço. Nesta interface entre trabalho e formação não é raro a existência de programas de residência que tendem a aproximar-se a um dos pólos, em detrimento ou subordinação do outro. Esta complexa dinâmica pode ser compreendida como resultante de inúmeros processos e tensões, e a participação e protagonismo do preceptor – justamente pela proximidade deste ator ao cotidiano de trabalho do aprendiz – pode ser considerada como importante fator que tenciona o processo para um dos pólos ou para a construção de uma relação indissociável.

2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E RESIDENCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

No contexto do surgimento das especialidades e da ampliação dos programas de residência, a Medicina Geral e Comunitária – nome da especialidade até 2001, quando passou a ser denominada de Medicina de Família e Comunidade – tem o seu primeiro programa de residência criado no Brasil em 1976, cujo reconhecimento se dará somente em 1981 pela CNRM, oficializando assim a especialidade no Brasil. (FALK, 2004) Contudo, nesse momento o mercado de trabalho era escasso para o especialista, considerando que a especialidade era pouco reconhecida no país; havia uma ausência de políticas públicas para a Atenção Primária à Saúde (FALK, 2004); e a rede básica existente era composta principalmente por médicos especialistas das grandes áreas (pediatras, clínicos, gineco-obstetras, sanitaristas) (CAMPOS, 2010)

Em 1993, com a criação do Programa Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, posteriormente transformado em Estratégia de Saúde da Família, a demanda por médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade começou a crescer exponencialmente. (CAMPOS, 2010) Apesar de não existirem exigências específicas de formação para o profissional médico que comporia a ESF, a idéia de que a formação especializada é necessária tornou-se cada vez mais presente. No entanto, o número de médicos especialistas era insuficiente para responder a necessidade gerada pela expansão da Estratégia de Saúde da Família, assim como essa necessidade crescia numa velocidade bem maior do que a capacidade de formação de especialistas pelos

programas existentes na época (FALK, 2004). Assim, uma das conseqüências do processo de expansão da Atenção Primária à Saúde – que continua em expansão no Brasil – e da demanda crescente pelo especialista foi a multiplicação dos programas de residências e o aumento de vagas na especialidade (CAMPOS, 2010).

Um estudo sobre a evolução dos programas de residência em MFC no Brasil conclui que esta foi a especialidade com maior crescimento relativo do número de vagas oferecidas no período de 2002 a 2007. (CAMPOS, 2010) Em relação ao vínculo das entidades mantenedoras dos programas, observa-se que há uma predominância do setor público municipal e federal, tendência esta que pode estar associada ao fato do município ser o principal empregador deste profissional. (CAMPOS, 2010).

Interessante pontuar que esse fenômeno começa a evidenciar rupturas com a lógica observada anteriormente, onde a existência e a ampliação de programas de residência médica, segundo Feuerwerker (1998), foi mais resultante da influência das instituições mantenedoras dos programas, do mercado de trabalho (especialistas) e dos interesses da corporação médica, do que das políticas de saúde do país.

2.1 A Expansão da APS no Rio de Janeiro e a Residência em MFC

As mudanças na organização e ampliação da APS não ocorreram ao mesmo tempo e uniformemente em todo o Brasil. No caso do Rio de Janeiro, o processo de expansão da APS foi iniciado tardiamente em relação a outras capitais brasileiras. Até o ano de 2009, a cobertura de ESF municipal era inferior a 10%. Com o processo de expansão da APS iniciado em 2009, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) atingiu uma cobertura de 39,8%, em setembro de 2012, com planos de continuidade da expansão para até 70% de cobertura nos quatro anos seguintes. (SUBPAV, 2012) Nesse processo foi criado um grande número de equipes de saúde da família, e surgiu assim a necessidade de profissionais para compor as equipes, em especial a necessidade de médicos. Em novembro de 2011, das 646 equipes em funcionamento, 141 estavam sem o profissional médico (23%). (SUBPAV, 2012)

A estratégia da criação de um programa de residência em MFC pelo município – já utilizada em outros municípios como Fortaleza e Niterói – possibilita tanto o aumento da formação de especialistas (aumento da oferta) quanto acaba sendo uma forma

imediate de captação de profissionais para ocupar as vagas ociosas da rede de APS. Estes são programas com investimento prioritário da gestão municipal, que tem a expectativa de que esses profissionais consolidem a ESF local. No entanto, pelo pouco tempo decorrido desde o início da implantação destas propostas, ainda não se sabem os impactos que estas medidas podem trazer para os programas de residências em MFC e para a formação dos novos especialistas. Ainda que seja um tema de extrema relevância, este não será objeto deste trabalho.

Assim, a ampliação das vagas de residência em MFC, para além daquelas existentes em tradicionais instituições de ensino, passou a ser uma prioridade da gestão municipal do Rio de Janeiro. Em 2011, o município então dispunha de três programas de residência em MFC, oferecidos pela UERJ, UFRJ e ENSP. A UERJ iniciou o seu programa de residência em 1976 e, em 2011, oferecia 10 vagas. A UFRJ em parceria com a ENSP criaram o programa em 2009, e ofereciam 8 vagas ao todo em 2011.

Nesse contexto, a SMS-RJ fez uma escolha estratégica de investimento na formação de especialistas através da criação de um programa de residência próprio; esta iniciativa veio acompanhada por incentivos financeiros municipais que complementavam as bolsas pagas aos residentes. A estratégia resultou na criação de 60 novas vagas para residência médica na especialidade no ano de 2012. Houve ainda um acordo com a UERJ que resultou na ampliação daquele programa, passando a oferecer mais 30 vagas na especialidade. Os programas ENSP-UFRJ mantiveram a mesma oferta de 2011. Em 2012 estes programas foram separados, sendo que a UFRJ passou a oferecer 8 vagas para o ano de 2013 e a ENSP manteve a oferta de 4 vagas.

Na proposta de residência do município, o médico residente passou a compor uma equipe de saúde da família, e cada preceptor tornou-se responsável pela supervisão de duas equipes (2 residentes no primeiro ano de implantação da residência; 4 residentes a partir do segundo ano da residência). O projeto a partir de então demandou o deslocamento de função de cerca de 30 médicos de família e comunidade, que já atuavam em equipes de saúde da família, para a função de preceptores da residência.

Os programas de residência em MFC da UFRJ-ENSP e UERJ, acompanhando as mudanças locais, também aderiram ao incentivo oferecido pela SMS-RJ, ficando sujeitos a maioria dos critérios estabelecidos pelo município. Assim, também ocorreram modificações nesses programas no que se refere ao papel do preceptor. Em todas as

propostas, estes médicos de família e comunidade, agora também preceptores, saíram da função predominantemente assistencial e passaram a ocupar um papel mais centrado na preceptoria, responsáveis por um número maior de residentes e supostamente com maior tempo para dedicar-se à formação.

3. PRECEPTORIA MÉDICA

3.1 A Preceptoria Médica nos Documentos Institucionais

No decreto 80.281, de 1977, que regulamenta pela primeira vez a residência médica, observamos a menção à preceptoria de forma muito pontual, apenas referindo que a orientação dos residentes seria realizada por profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. (BRASIL, 1977). Em 2006, uma nova resolução da CNRM 02/2006, no seu artigo 16, determina critérios em relação a quem pode exercer o papel de supervisor do residente:

A supervisão permanente do treinamento do Médico Residente deverá ser realizada por docentes, por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa, ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica. (BRASIL, 2006, p. 4)

Portanto, pode-se constatar que os Programas de Residência Médica (PRM) podem ter na sua composição especialistas – a se responsabilizarem, na prática, pela formação dos residentes – e não necessária e exclusivamente docentes. Fato este que possibilita que os PRM possam ser desenvolvidos também em cenários de prática fora dos espaços universitários, como os serviços de gestão municipal.

Por outro lado, as resoluções da CNRM não delimitam o papel desses profissionais-preceptores e como ocorrerá a orientação pedagógica dos residentes.

Considerando a importância do posicionamento das Sociedades de Especialidade para os processos de formação, também podemos citar um documento elaborado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que, apesar de não ter valor legislativo, refletiu um acúmulo da discussão dos especialistas em MFC sobre o tema da formação. A SBMFC, na tentativa de orientar a implantação e

organização dos novos PRM em MFC que acompanharam o movimento de expansão da APS no Brasil, publicou um documento com o nome de “Projeto de Expansão da Residência em Medicina de Família e Comunidade” em 2005 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE, 2005). Neste documento, são detalhados elementos necessários ao processo de estruturação dos programas, como distribuição da carga horária, atividades práticas e teóricas, competências a serem constituídas, elementos da infra-estrutura e assistenciais necessários e um conjunto de iniciativas para iniciar a superação da defasagem entre necessidade e oferta de preceptores especialistas em MFC existentes naquele momento.

No documento, apesar do reconhecimento da defasagem de preceptores especializados em MFC, a SBMFC entendeu que o profissional que iria assumir a preceptoria deveria titular-se como especialista, ao menos até o final do credenciamento provisório do novo programa de residência. Também sinalizava que esse profissional deveria iniciar uma formação para esta função antes do início do funcionamento dos novos programas. Neste sentido, vê-se um claro movimento de estabelecer a titulação como parâmetro de qualidade técnica para as atividades de preceptoria. (TEIXEIRA, 2009) O documento ainda destacava que a preceptoria deveria ser presencial em grande parte das atividades desenvolvidas pelo residente, em especial no desenvolvimento das atividades de consultório. Por fim, sinalizava a organização de uma proposta da SBMFC para a formação e a atualização dos preceptores, em modalidade de oficinas de capacitação para posterior multiplicação.

Tanto nas resoluções da CNRM quanto nas orientações da SBMFC, as atividades e competências do especialista em formação são muito bem detalhadas. No entanto, são poucos os detalhes e delimitações em relação à preceptoria. Assim, pode-se inferir que, para além dos critérios mínimos colocados pelas resoluções da CNRM e delimitações gerais da qualificação técnica do preceptor colocados pela SBMFC, fica a critério das instituições que coordenam os programas o detalhamento das demais questões referentes ao processo de ensino-aprendizagem e ao papel dos profissionais que fazem a orientação do residente.

3.2 A Preceptoria Médica na Referência Bibliográfica

Pela falta de uma delimitação do processo de orientação pedagógica, pode-se inferir que o processo de ensino-aprendizagem na residência se dará essencialmente

pelo contato do médico aprendiz com um profissional mais experiente no cotidiano do serviço, centrado na convivência e observação das habilidades e competências do médico preceptor. (TEIXEIRA, 2009). A presença da figura desse profissional experiente, que auxilia na formação, é observada como uma constante na educação médica. No entanto, a própria denominação ainda traz confusões – muitas vezes são utilizados outros termos com a mesma finalidade (BOTTI, 2009). Botti (2009), num estudo sobre o significado dos termos Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor utilizados no ambiente de formação médica, identificou que essas são atividades muitas vezes realizadas de forma simultânea ou sucessiva. O autor propõe uma uniformização dos termos encontrados na literatura, considerando que uma maior clareza dos significados e funções atribuídas aos referidos termos pode contribuir para a melhoria da educação médica. Assim, em relação à preceptoria, o autor propõe:

O preceptor é o profissional que atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática clínica. Sua ação se dá por meio de encontros formais que objetivam o progresso clínico do aluno ou recém graduado. O preceptor desenvolve uma relação que exige pouco compromisso, percebido apenas no cenário do trabalho. Tem, então, a função primordial de desenvolver habilidades clínicas e avaliar o profissional em formação. (BOTTI, 2009, p 31)

Para o autor, os papéis principais deste preceptor seriam ensinar a clinicar e integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho e, seus principais requisitos, o conhecimento e habilidade em desempenhar procedimentos clínicos e ter competência pedagógica. O autor também faz referência a mais uma atribuição do preceptor: a responsabilidade na formação ética do aprendiz.

Em relação a esta atribuição, discutindo as identidades do preceptor, Rego (2011) defende que este profissional – assim como todas as pessoas envolvidas no processo educativo – tem também a responsabilidade pela formação moral e ética do residente. Quando discute essa questão, o autor defende que o objetivo não deve ser centrado no ensinamento de atitudes morais para os médicos, mas sim em transformar o saber do que é certo em ação. Para tanto, faz referência a necessidade de uma formação para a democracia, onde relações democráticas passem a questionar a lógica de autoritarismo instituída nas escolas e nos serviços de saúde – na relação do preceptor-residente, residente-colegas, residente-paciente. (REGO, 2011) O papel do preceptor deve ser o de problematizar aquilo que é experimentado pelo residente, e consiste em

levar argumentos diferentes em relação aos problemas morais vivenciados, sem o objetivo de impor o seu sistema de valores e crenças. Cabe ao preceptor provocar conflitos cognitivos que gerem questionamentos sobre os valores trazidos pelo residente. Segundo o autor, agindo dessa maneira, o preceptor incentiva o desenvolvimento do raciocínio moral e da autonomia do médico em formação. (REGO, 2011); (BOTTEI, 2009).

A competência moral apontada acima consiste num processo de reconhecer e considerar os próprios princípios internos – relacionados com as características e as oportunidades de interação dos sujeitos com o seu meio – mas pressupõe a compreensão do argumento do outro, enquanto um legítimo interlocutor. Essa competência já existe no residente, mas deve ser estimulada e provocada pelo preceptor durante o processo de formação. Essa questão da responsabilidade do preceptor pela reflexão de aspectos ético-políticos também é discutida por Feuerwerker (2011), que ressalta a importância da problematização da relação do residente com o usuário enquanto um espaço de troca, diálogo e mútua afetação, reconhecendo-o enquanto sujeito, portador de saberes, desejos e necessidades.

Nesse sentido, a proximidade cotidiana do preceptor ao residente, observando e participando das relações estabelecidas pelo aprendiz no seu espaço de trabalho, favorecem a percepção e a possibilidade de abordagem destas questões. Percebe-se assim, a ampliação do papel do preceptor – somado às responsabilidades pedagógicas e de formação técnica e desenvolvimento de habilidades específicas, tem também a responsabilidade pela formação moral e ética do residente.

3.3 A Importância das Tecnologias Leves na Preceptoria Médica

Com o objetivo de trazer mais contribuições para reflexão do exercício da preceptoria e sua construção conceitual, torna-se importante fazer uma referência à natureza e especificidades do trabalho em saúde. Para Feuerwerker (2011), entre outras características, o trabalho em saúde constitui-se por ocorrer sempre através de um encontro entre trabalhadores e usuários; tem a particularidade de ser realizado e consumido no mesmo momento (em ato); e é composto por um arranjo tecnológico

múltiplo – a partir das tecnologias duras, leve-duras e leves¹ - que determinam o modo de produção do cuidado exercido. Segundo a autora, por essas características “a aprendizagem em ato, pelo trabalho, ao vivo [...] é tão fundamental, e a complexidade da atuação do preceptor, tão grande!” (FEUERWERKER, 2011, p. 30) Ou seja, são questões que estão presentes na produção do cuidado e que ocorrem no cotidiano, através de um determinado arranjo entre diversos componentes da prática do profissional em formação. Esta dinâmica demanda a presença do preceptor no sentido de possibilitar um maior acompanhamento e problematização destas práticas no momento em que elas são produzidas – uma observação direta para ver o tipo de cuidado que se produz e como esses componentes são organizados.

Outra questão – que também se reflete diretamente no agir da preceptoria – está relacionada aos diferentes níveis assistenciais onde ocorre o campo de formação, e às diferentes complexidades existentes nesses espaços. Fazendo um paralelo entre os serviços hospitalares e da atenção básica, Feuerwerker (2011) cita algumas das características importantes de cada um desses níveis assistenciais e a sua potencial relação com a prática do preceptor. Pensando nas práticas dos serviços de Atenção Básica – que é o cenário da presente dissertação – destacam-se algumas características próprias e de relevância significativa, onde o componente tecnologia leve torna-se estruturante do trabalho em saúde:

- O trabalho em equipe e a interação entre os diferentes trabalhadores são determinantes para a produção do cuidado; o residente tem a possibilidade de exercer a prática interprofissional e a combinação de diferentes saberes para a produção do cuidado.

- O usuário está no “comando” da situação e o profissional tem pouco controle sobre os múltiplos fatores envolvidos. Existe uma grande complexidade nas necessidades trazidas pelos usuários, para além dos aspectos biológicos. Estão envolvidos a história de vida do paciente, processos de subjetivação, seus valores etc.

¹ Tecnologias Leves: são o componente relacional do trabalho em saúde, que ocorrem nas relações interseoras estabelecidas no trabalho em ato realizado no cuidado à saúde. Tecnologias Duras: tecnologias inscritas nos instrumentos, já estruturadas para elaborar determinados produtos da saúde. Tecnologias Leve-duras: conhecimentos técnicos, com uma parte estruturada e uma parte leve, que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado. (MERHY, FRANCO, 2003)

- A possibilidade de um acompanhamento mais horizontal, gerando impacto no tipo de relação entre trabalhadores e usuários. Vínculo, responsabilização e continuidade do cuidado devem ser orientadores das práticas de saúde. São questões que geram encontros de grande intensidade e resultam em afetamentos importantes no profissional em formação.

Estas questões próprias e estruturantes do cotidiano da APS, que se caracterizam por estarem mais próximas ao campo das tecnologias leves, às vezes não recebem um lugar de destaque dentro dos processos de formação:

A potência de aprendizagem a partir de uma experiência depende de haver ou não uma reflexão acerca dela. Por trás dessa valoração diferenciada, está a idéia de que os saberes estruturados e os procedimentos requerem sistematização para serem aprendidos, ao passo que as tecnologias leves poderiam ser aprendidas automaticamente a partir da vivência. Isso significa a subestimação da complexidade da produção das relações e a supervalorização do lugar dos conhecimentos estruturados na agenda de aprendizagem! (FEUERWERKER, 2011, p. 33)

Todas essas questões mais próximas ao campo relacional, que estão no componente de tecnologia leve do trabalho, também devem ser objeto de trabalho do preceptor. Neste sentido, é fundamental a problematização constante das práticas do profissional em formação, com reflexão e aprendizagem em torno da construção das relações terapêuticas que estabelece.

4. A PRECEPTORIA MÉDICA NA RESIDÊNCIA EM MFC

Na tentativa de maior delimitação do papel da preceptoria na residência de MFC, são apresentados alguns atributos e competências referentes à preceptoria, encontrados em alguns programas de residência em MFC consolidados e trabalhos relevantes na área. Destacamos os programas da Espanha, Portugal e no Brasil o Grupo Hospitalar Conceição. Também é feita uma referência ao material da ‘Oficina Para Capacitar Preceptores em MFC’, pela abrangência com que a oficina foi realizada em diferentes estados do país nos anos recentes. Ao final destas exposições, são feitas algumas reflexões pela autora.

4.1 Programa de Residência em MFC – Grupo Hospitalar Conceição (GHC):

O Programa de Residência Médica em MFC do GHC (2010-2011) faz menção à necessidade do preceptor ter competências relacionadas a ser um bom médico de família e comunidade (ter competências na especialidade), além da necessidade de outras atribuições que são esperadas para o preceptor:

- Estar disponível para supervisão dos médicos-residentes no melhor do seu conhecimento em todos os campos de atuação do médico de família e comunidade;
- Realizar avaliações periódicas dos residentes, segundo as normas do programa, discutindo os resultados com os médicos-residentes envolvidos;
- Controlar a frequência dos médicos-residentes sob seus cuidados;
- Servir de elo de ligação entre os médicos-residentes e as Equipes de Saúde, facilitando a integração do médico-residente nas ações desenvolvidas pela Unidade;
- Evitar que o médico-residente seja utilizado, por períodos prolongados, em substituição aos recursos humanos permanentes das Unidades;
- Participar das atividades de ensino previstas no Programa; auxiliar o supervisor no desenvolvimento das atividades do PRM em MFC.

Existem poucas referências sobre as atividades do preceptor, sobre a relação pedagógica entre preceptor e residente, ou sobre as metodologias usadas pelo preceptor no seu cotidiano. No entanto, o programa faz referência a construção do ‘contrato didático de ensinagem’, contendo os aspectos norteadores do programa de aprendizagem. Através desse contrato, desenvolvendo um processo de construção participativo, preceptor e residente combinam formas de atuação, objetivos a serem alcançados, metodologias e formas de avaliação.

4.2 Programa de Residência em MFC – Espanha

Na Espanha, a função do profissional que faz a orientação dos residentes é denominada de Tutoria, sendo conhecido como Tutor Principal o profissional que

acompanha os residentes nas suas atividades diárias. Esse profissional tem a responsabilidade pelo processo de ensino-aprendizagem do residente, tanto nas instâncias do centro de saúde como fora dele, levando a cabo um contato contínuo e estruturado com o residente durante todo o período da residência. Existem tutores auxiliares em outros espaços de formação, como no hospital. (COMISSION NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MFC et al, 2005)

Espera-se que o tutor tenha duas características essenciais: ser um bom Médico de Família e Comunidade e ser um bom docente. São citadas as competências necessárias à um especialista, o que ajuda a caracterizar o que se compreende por um 'bom' Médico de Família e Comunidade; em relação à docência, não são explicitados parâmetros para compreensão do que se espera para um 'bom' docente.

Em relação ao perfil profissional do tutor, deve ser um especialista em MFC, ter reconhecido nível formativo, estar em exercício ativo da profissão e estar acreditado pelo Programa de Residência. Deve participar de atividades de formação continuada, especialmente as relacionadas com a capacitação docente e com os conteúdos do programa formativo.

Em relação à docência, identifica-se um texto normativo, bastante idealizado da figura do preceptor. Assim, espera-se que o tutor tenha preparação específica para o ensino, capacidade para transmitir conhecimentos e habilidade para as relações interpessoais. Espera-se que o tutor esteja acessível e próximo ao residente em qualquer fase do período formativo, facilitando e colaborando de forma ativa no processo de ensino-aprendizagem; favoreça o aprendizado dos conhecimentos, habilidades e atitudes próprios da formação médica especializada; favoreça a auto-aprendizagem e a responsabilidade progressiva do residente; estimule a atividade docente e investigativa do residente. O tutor deve ser capaz de comunicar (empatia); estimular; transmitir informações oportunamente; explorar as expectativas e atitudes do residente; favorecer o diálogo.

Considerando que o programa de residência em questão tem a flexibilidade como uma das características definidoras, o que implica na individualização e personalização do programa formativo, adaptando conteúdos, tempos e métodos às necessidades próprias de cada residente, o tutor é considerado um ator essencial na mediação dessas ações. O processo de aprendizagem é baseado em um modelo

colaborativo centrado em quem aprende. Caracteriza-se por uma relação interpessoal, individualizada e adaptada as expectativas de cada residente, permitindo a participação do especialista em formação na definição de objetivos e no intercambio progressivo de papeis, a medida que o residente avança no processo de aprendizagem. Assim, o tutor deve planejar, estimular, dirigir, seguir e avaliar o processo de aprendizagem, ajudando o residente a identificar quais são as suas necessidades de aprendizado e quais são os objetivos de cada etapa, construindo um cronograma formativo, que é continuamente avaliado e adaptado pelo preceptor e residente (avaliação formativa ou continuada do residente).

O tutor é também o interlocutor de referência do residente com o serviço; é um elemento essencial na resolução de conflitos e na proteção dos direitos do residente.

Espera-se que o tutor esteja em condições assistenciais e docentes adequadas, com uma “pressão assistencial regulada”, com tempo específico para a docência e gozar de apoio da estrutura docente. Recomenda-se que cada tutor principal tenha designados simultaneamente no máximo dois residentes.

4.3 Portugal – Perfil de Competências do Preceptor

Um estudo na região sul de Portugal construiu o perfil de competências do ‘orientador de formação’ da residência em MFC, com validação pelos próprios preceptores e coordenadores da residência (CARVALHO et al, 2004). A proposta teve como objetivo construir um instrumento útil tanto para a auto-avaliação e auto-formação do profissional quanto para auxiliar as instituições responsáveis pela qualificação deste profissional. Foram estabelecidos os pré-requisitos, atributos e competências pedagógicas para a preceptoria:

- Pré-requisitos: conjunto de características consideradas como condição para a prática/candidatura à função de preceptoria. São considerados pré-requisitos: ser especialista; possuir ao menos três anos de exercício na especialidade; estar em exercício clínico no momento do início da atividade de preceptoria; estar vinculado a um serviço do Sistema Nacional de Saúde; estar inscrito na Sociedade de Especialidade; manifestar motivação e disponibilidade para a função.

- Atributos: conjunto de características técnico-profissionais que definem um médico de família competente. São considerados: responsabilidade profissional; segurança técnico-profissional; capacidade de análise e de crítica; domínio da metodologia básica de investigação; comunicação eficaz, oral e escrita; capacidade de estabelecer relações de cooperação e apoio. No trabalho, os autores descrevem os comportamentos relacionados a esses atributos, que podem ser observados direta e indiretamente na prática do profissional.
- Competências pedagógicas: conhecimentos, habilidades e atitudes indispensáveis ao processo de ensino-aprendizagem (pós-graduação em modelo de estágio). O preceptor deve ter capacidade de: mobilizar recursos formativos; estabelecer uma relação eficaz orientador/interno; aplicar técnicas de motivação; planejar a formação; aplicar diferentes técnicas de ensino-aprendizagem; treinar as capacidades de análise e de crítica do residente; aplicar técnicas de avaliação formativa e somativa, em processo de auto e hetero-avaliação. Também são descritos os comportamentos relacionados a essas competências pedagógicas, que podem ser observados na prática profissional.

Para os autores, as competências pedagógicas devem ser o objeto de intervenção das instituições responsáveis pelos programas de residência, no que se refere à preceptoria.

4.4 Oficina para Capacitar Preceptores em MFC – SBMFC

A ‘Oficina para Capacitar Preceptores de MFC’ constituiu-se em um curso de formação de preceptores organizado pela SBMFC com apoio do Ministério da Saúde em 2005. Com duração de aproximadamente 25 horas, foi multiplicado em diferentes estados do país a partir de 2006 e publicado como Manual em 2009 (FERNANDES et al, 2007; LOPES et al, 2009). No material da oficina é apresentada uma proposta metodológica para a prática da preceptoria. O método ‘Ensinar Centrada no Residente’ é apresentado como alternativa a um modelo tradicional de ensino, centrado no preceptor. A proposta faz uma analogia a Abordagem Centrada na Pessoa, e ao Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) – ferramentas frequentemente usadas na prática do especialista em MFC – que questionam o foco da abordagem centrada na doença ou no profissional – lógica presente no modelo biomédico tradicional. Na analogia, faz-se um paralelo da importância de personalizar o ensino através da atenção às necessidades e a autonomia do residente no processo de aprendizado.

A mudança do ensino tradicional *centrado no preceptor* para um processo de educação *centrado no residente* possibilita uma centralização da aprendizagem mais na pessoa, que necessita apreender (*residente*), do que no transmissor (*preceptor*). Essa mudança de foco não sugere que o preceptor perca subitamente o seu papel. A diferença é que na educação centrada no preceptor, os interesses, conhecimento e experiência deste influenciam fortemente os conteúdos, com muito da atividade de ensino passando pelo preceptor falando ou determinando e os residentes ouvindo ou executando. Num modelo “*como eu faço*”, “*eu trato assim*”, “*na minha experiência*”. (LOPES et al, 2009)

Interessante que esse método na prática de preceptoria, com essa denominação, não foi identificado nos Programas de Residência em MFC citados anteriormente neste trabalho. Mas são identificados referências que podem ser atribuídas à influência dessa discussão na construção dos programas – encontramos princípios comuns e referência a ‘Contrato Didático de Ensino’ no PRMMFC do GHC.

4.5 O Processo Ensino-Aprendizagem e o Preceptor:

A formação profissional de residência médica, enquanto um processo educacional, deve ser considerada algo mais que apenas um treinamento em serviço. Esse processo se baseia no desenvolvimento coordenado de diversas formas de conhecimentos e habilidades, e na aquisição de atributos técnicos e relacionais. (BOTTI, 2009) E para que esse processo educacional tenha sucesso, a aprendizagem deve ser muito mais que apenas a transmissão de conhecimento ou a repetição de determinadas habilidades.

É neste sentido que compreendemos e destacamos os PRMMFC descritos anteriormente. Podemos identificar que o Construtivismo (PONTES, 2005; CEZAR, 2010) está na base teórica de parte desses programas, onde o residente é considerado um aprendiz ativo e os conceitos trazidos por ele estão sendo considerados no seu processo de aprendizagem. Nesta concepção de residência – enquanto um processo educacional – espera-se que ocorra uma aprendizagem significativa e com objetivos de aprendizagem bem explicitados. Cabe à residência, na figura do preceptor, identificar e amadurecer os conceitos trazidos pelo residente, que serão reinterpretados pelos estudantes, estando o preceptor atento também a estas interpretações.

Tanto no Programa da Espanha quanto no material da SBMFC podemos identificar uma orientação para a construção de uma relação pedagógica que se aproxima a Aprendizagem Significativa (MOREIRA, 1999), estando o processo de ensino aprendizagem centrado no aprendiz, e este sendo considerado agente ativo da construção do seu saber.

Na teoria da Aprendizagem Significativa o movimento de aprender torna-se mais eficiente se os novos conteúdos a serem aprendidos forem agregados e incorporados ao repertório de conceitos já organizados na estrutura cognitiva do aprendiz. Nesse processo cria-se um novo ou mais abrangente conceito, com modificações tanto do conhecimento novo quanto do conhecimento já existente, evitando-se que estes conteúdos sejam armazenados mecanicamente, sem associações significativas. Deve ser considerado que cada aprendiz faz uma seleção dos conteúdos que têm significado ou não para si próprio. (MOREIRA, 1999; GOMES et al, 2008)

É nesse sentido que compreendemos a importância do preceptor, que pela proximidade ao cotidiano de trabalho e participação na formação do residente, torna-se a figura com maior potencial para fazer o acompanhamento desse processo de ensino-aprendizagem.

JUSTIFICATIVA

A formação de profissionais com especialização em MFC é assunto de relevância no momento atual da política de saúde do país. A expansão da APS no Brasil e suas conseqüências na formação de especialistas em MFC, através da ampliação dos programas de residência, vêm ocorrendo em vários municípios. Apesar de serem recentes as propostas onde a gestão municipal está a frente destes programas de residência – considerando a história da residência médica no Brasil – existe a possibilidade de passarem a representar uma parcela considerável dentro do conjunto de instituições formadoras do especialista em MFC. São propostas que tem possibilidade de atrair um numero maior de residentes, considerando que disponibilizam um grande numero de vagas – quando comparadas às residências vinculadas às instituições de ensino – e que oferecem uma complementação salarial à bolsa de residência. No entanto, torna-se necessário saber se são estratégias utilizadas no sentido de uma maior qualificação profissional ou se tratam de uma simples forma de fixação de recursos humanos escassos. Por serem programas de responsabilidade (ou influência) do município, podem carregar os estigmas de apresentar menor valor acadêmico, maior risco de utilização dos residentes enquanto ‘mão-de-obra barata’ e de serem compostas por preceptores com menor grau de preparação pedagógica. Tanto é necessário evitar o senso-comum em relação a esses aspectos, quanto estar atento para que essas situações não ocorram desmedidamente.

No caso do Rio de Janeiro, podemos salientar duas características significativas referentes ao papel dos profissionais médicos na nova proposta: a responsabilidade que o residente tem em assumir integralmente, sob supervisão, as atividades de assistência de uma ESF (enquanto médico da equipe), e o papel do preceptor médico, que a princípio diminui a sua função assistencial e amplia a responsabilidade pelo processo de ensino-aprendizagem dos residentes. Ambas são questões importantes para serem aprofundadas nesta experiência inovadora de formação. A motivação pela preceptoria surge da minha inserção como preceptora do Programa de Residência em MFC da UFRJ, que a partir de 2012, também passou pela reorganização das atividades da preceptoria.

A discussão sobre a preceptoria médica tem crescido na área da educação médica – como mostram o número de produções que discutem o tema da preceptoria, apresentadas nos Congressos Brasileiros de Educação Médica entre 2007 e 2009

(MISSAKA; RIBEIRO, 2011). No entanto, a maioria dos trabalhos diz respeito à preceptoria na graduação médica, enquanto uma minoria relata experiências de preceptoria na residência médica. E é justamente a partir da prática pedagógica desenvolvida na relação do preceptor-residente que se estabelece uma relação direta com o tipo de cuidado que será desenvolvido pelo profissional em formação (BARRETO, 2011) Somado a questão de o preceptor ser o profissional que ocupa o lugar com maior potencial para romper com a dissociação entre teoria e prática (MISSAKA; RIBEIRO, 2011), cabe conhecer um pouco mais sobre as experiências que vem ocorrendo no contexto da preceptoria médica, nos programas de residência em MFC no município do Rio de Janeiro. Também se destaca a importância de conhecer o perfil dos preceptores desses programas, identificando suas potencialidades e/ou fragilidades.

Faz-se necessário registrar que ainda não é possível vislumbrar o impacto das mudanças destes programas de residência em MFC – e a interferência da preceptoria – no perfil dos profissionais formados. No entanto, torna-se importante conhecer melhor diferentes aspectos que estruturam essas novas experiências, identificando suas fragilidades e potencialidades, e assim oferecer subsídio para possíveis correções de trajetória dos programas em discussão ou para programas que venham a ser criados.

Nossa hipótese é que pode haver uma pluralidade conceitual e metodológica no agir da preceptoria, considerando a rapidez com que se iniciou o processo, tanto com relação à abertura de um grande número de vagas, quanto com a organização da preceptoria. Pode contribuir para essa hipótese, o fato do perfil da maioria dos preceptores – jovens, com poucos anos de formação, em busca da identidade profissional – terem sido deslocados dos seus locais iniciais de trabalho para serviços com residência, sem conhecimento anterior do território e das equipes de saúde. Esta pluralidade não significa, a priori, um aspecto negativo, devendo ser destacadas e valorizadas a singularidade e as diferentes adaptações que vem ocorrendo em relação à prática da preceptoria.

Outra hipótese é que a possibilidade do preceptor dispor de maior tempo na sua agenda para as atividades de formação dos residentes – nessa nova configuração de preceptoria – possa contribuir para uma melhor experimentação e apropriação do ‘agir’ e da identidade do preceptor. Deve ser ponderado ainda que tal situação traz a possibilidade de algum grau de distanciamento do ‘agir’ médico enquanto profissional

da assistência, e com isso conseqüências para a identidade deste profissional médico. Ou seja, considera-se a hipótese da existência de uma tensão entre as atividades de preceptoria e assistência e as suas conseqüências na construção da identidade do profissional médico-preceptor.

OBJETIVOS

1. Objetivo Geral

Realizar um estudo descritivo da preceptoria dos programas de residência em medicina de família e comunidade no município do Rio de Janeiro, com base na percepção do preceptor.

2. Objetivos Específicos

- Descrever o perfil dos preceptores das residências de MFC do município do Rio de Janeiro, segundo as suas características profissionais (formação, tempo e experiência de exercício profissional, tempo e experiência de prática pedagógica).
- Descrever as principais atividades relacionadas ao processo de trabalho do preceptor.
- Analisar a percepção dos preceptores sobre as atribuições necessárias para a preceptoria (profissional, pedagógica e ética).

METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDO

Realizou-se um estudo exploratório-descritivo do objeto em questão – a preceptoria da residência de MFC. Exploratório por fazer uma maior aproximação ao tema, criando maior familiaridade em relação ao fenômeno estudado, e descritivo por tentar fazer um levantamento de características que compõem este objeto, através da percepção dos preceptores envolvidos. (SANTOS, 2007)

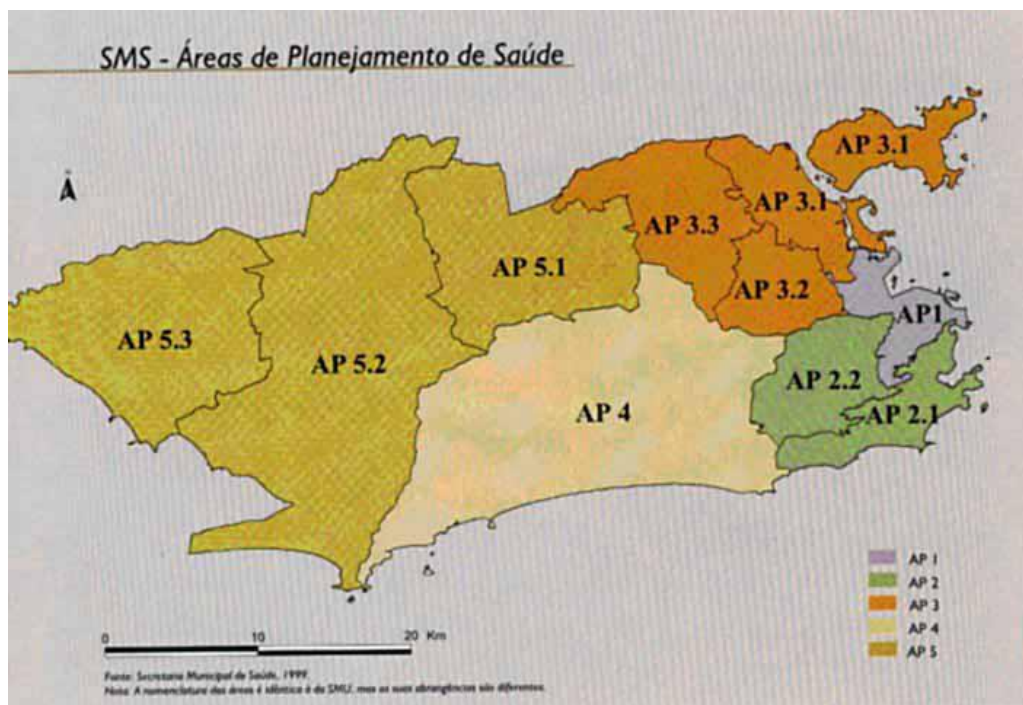
2. ABORDAGEM DO PROBLEMA

A abordagem do problema foi realizada através de uma pesquisa qualitativa. Esta forma de abordagem considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, que não pode ser traduzido em números. (MINAYO, 2004) Caracteriza-se por ser capaz de “incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes *aos atos, às relações e às estruturas sociais.*” (MINAYO, 2004, p.10).

3. CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário do objeto de estudo foram os serviços de Atenção Primária em Saúde do município do Rio de Janeiro, tanto as Clínicas da Família quanto às Unidades Mistas (Unidade Básica de Saúde com Estratégia de Saúde da Família). Nestes serviços são desenvolvidas as atividades de preceptoria das residências de MFC, sendo que os quatro diferentes programas de residência do município estavam inseridos em unidades de saúde distintas, distribuídos no território do Rio de Janeiro. A APS no município está organizada em 10 Áreas de Planejamento de Saúde (AP), criadas em 1993, através de resolução da SMS-RJ. A figura 1 mostra o mapa do Rio de Janeiro com as Áreas de Planejamento.

Figura 1 – Mapa do município do Rio de Janeiro dividido por Áreas de Planejamento, 2005.



Fonte: BRASIL, 2005.

A residência de MFC, no ano de 2012, estava distribuída em 8 das 10 Áreas Programáticas, como mostra o quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição da residência de MFC por Área de Planejamento: quantitativo de estabelecimentos por cada Programa de Residência no ano de 2012

Área Programática	Programa de Residência em MFC				TOTAL
	SMSDC-RJ	UERJ	UFRJ	ENSP	
AP 1.0	-	1	-	-	1
AP 2.1	3	-	-	-	3
AP 2.2	-	2	-	-	2
AP.3.1	3	-	1	2	6
AP 3.2	-	-	-	-	-
AP 3.3	-	3	-	-	3
AP 4.0	1	-	-	-	1
AP 5.1	2	-	-	-	2
AP 5.2	1	-	-	-	1
AP 5.3	-	-	-	-	-

4. SUJEITOS DO ESTUDO

O público-alvo foram 47 preceptores dos programas de residência em MFC do município do Rio de Janeiro: 26 preceptores da SMS; 15 preceptores da UERJ; 2 preceptores da UFRJ e 4 preceptores da ENSP. Considerando-se as características de uma pesquisa qualitativa, não foi usado o critério numérico para garantir a representatividade. No entanto, foi estimulada a participação na pesquisa de ao menos um preceptor de cada unidade de saúde inserida na residência. Foram realizados contatos prévios com as Coordenações de Residência para apresentação do trabalho. Posteriormente, realizou-se contato telefônico ou por e-mail com os preceptores das diferentes unidades de saúde.

5. INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram utilizadas duas técnicas diferentes:

a) Grupos Focais realizados com preceptores para levantamento das suas percepções sobre as atividades de preceptoria. O grupo focal, nas ciências sociais, é definido por Cruz Neto (2002) como:

Uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico. (CRUZ NETO, 2002, p. 5)

A questão da preceptoria, no momento da realização desta pesquisa, foi considerada um tema ainda em construção nos programas de residência estudados. Ponderou-se que, apesar da importância de existirem orientações e diretrizes sobre qual é o papel do preceptor nesses programas, a preceptoria não deveria ser considerada como uma questão prescritiva, respondendo exclusiva e diretamente a um conjunto de normas e regras rígidas a serem seguidas pelos sujeitos envolvidos. Assim, para uma melhor descrição e compreensão do ‘agir’ da preceptoria, considerou-se importante identificar as percepções e práticas singulares que estavam sendo construídas pelos diferentes preceptores nos diferentes programas. A escolha pela realização do grupo focal trouxe a possibilidade de identificar, através do debate, questões de encontro e desencontro sobre o tema entre estes sujeitos.

Neste trabalho, considerou-se que a riqueza do grupo focal surge como resultado do intenso debate provocado no grupo, e da interação entre os participantes e o pesquisador, a partir de uma discussão focada em tópicos e diretivas referentes aos objetivos do estudo. (IERVOLINO, 2001). O grupo focal foi conduzido pela pesquisadora do estudo, na função de mediadora da discussão, sendo a única que entrevistou e que pode interagir com os participantes do grupo. Foram colocadas questões que provocaram e alimentaram o debate entre os participantes, criando um ambiente propício para que as pessoas pudessem expressar suas diferentes concepções, sem que houvesse necessidade de formação de consensos ou estabelecimento de um plano conclusivo sobre a questão em debate. (BARBOUR, 2009); (CRUZ NETO, 2002) Durante a realização do grupo focal, a pesquisadora utilizou para consulta um roteiro de debate, com questões-guia, para direcionamento das discussões para os objetivos da pesquisa, evitando que algum tema deixasse de ser mencionado (apêndice 2). O roteiro de debate configurou-se num instrumento flexível e que foi adaptado à dinâmica do grupo, mas facilitou ao pesquisador abordar todos os temas em estudo. Ao final do

grupo focal foi reservado espaço para uma avaliação da atividade pelos participantes (1 minuto por participante). Fez-se necessário a participação de um assistente de pesquisa, com a função de operador de gravação, observador e relator – observação da comunicação não verbal e anotação dos acontecimentos de maior interesse para a pesquisa. Este assistente não participou nem faz intervenções na discussão do grupo focal.

Por ser uma técnica que visa à coleta de dados qualitativos, o número de grupos focais realizado não seguiu uma relação de amostragem com o público-alvo estudado, nem visou estudar a frequência com que determinado fenômeno acontece. (IERVOLINO, 2001). A intenção foi permitir que a amostragem qualitativa refletisse a diversidade que existe dentro do grupo em estudo. (BARBOUR, 2009). Sendo assim, não se considerou a necessidade de recrutar todos os preceptores que compõem o público-alvo ou selecionar uma amostra representativa, ao mesmo tempo em que não se pode inferir que as informações obtidas sejam válidas para todo o universo da pesquisa. (CRUZ NETO, 2002) No entanto, foi estimulada a participação de ao menos um preceptor de cada serviço participante da residência.

Inicialmente foi considerada a necessidade de realizar um mínimo de dois grupos focais, ampliando este número conforme surgissem necessidades de mais comparações, atingindo um máximo de 4 grupos focais. E, considerando a necessidade de que todos os participantes do grupo pudessem expressar suas idéias e de que existisse a possibilidade de diversidade de idéias, os grupos focais foram planejados para que tivessem a participação de no mínimo 4 e no máximo 8 pessoas. (BARBOUR, 2009) Assim, realizaram-se ao todo 3 grupos focais, com presença de 4 preceptores no primeiro grupo, 7 no segundo grupo e 4 no último, totalizando a participação de 15 preceptores, integrantes de 14 Unidades de Saúde distintas. Estiveram presentes preceptores de todos os 4 programas de residência de MFC do município – SMS-RJ, UFRJ, ENSP e UERJ – distribuídos aleatoriamente pelos grupos focais.

Os grupos focais foram agendados com antecedência, informando aos participantes o local e horário da atividade, evitando com isso um maior comprometimento do trabalho dos preceptores e do êxito da atividade. A duração da discussão de cada grupo focal foi em torno de 1 hora e 30 minutos, perfazendo um total de 4 horas e 30 minutos de gravação. As discussões gravadas foram posteriormente

transcritas, acrescentando-se as anotações do relator imediatamente após a realização dos grupos.

b) Questionários com perguntas fechadas que foram respondidas por escrito pelos preceptores. As perguntas referiam-se aos dados pessoais e profissionais do preceptor (apêndice 3), com o objetivo de construir o perfil dos preceptores participantes do grupo focal. O questionário foi distribuído no início da atividade do grupo focal.

6. ANÁLISE DE DADOS

Os dados colhidos com a utilização da técnica de grupo focal são de natureza qualitativa. Portanto, a análise – também de forma qualitativa – não envolveu tratamento estatístico, mas um conjunto de procedimentos que visaram organizar os dados de modo que eles revelassem como os grupos em questão percebem e se relacionam com o foco do estudo em pauta. Para esta análise, também foi considerada a identidade entre o sujeito e o objeto da investigação. Segundo Minayo (2004, p. 21),

A visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho. É uma condição de pesquisa, que uma vez conhecida e assumida pode ter como fruto a tentativa de objetivação do conhecimento.

Uma das maneiras de se proceder à análise e a codificação dos dados é a *análise de conteúdo* proposta por Bardin (2011).

Com essa abordagem dos dados, espera-se evitar a ‘ilusão da transparência’ dos fatos sociais, evitando ao máximo os perigos da compreensão espontânea, como se o ‘real’ se mostrasse nitidamente ao observador. O pesquisador deve apresentar desconfiança em relação aos pressupostos, evitando apenas o saber subjetivo e a intuição. Este risco é tanto maior quanto mais o pesquisador tenha a impressão de familiaridade com o objeto – risco de projeção da sua própria subjetividade. (MINAYO, 2004); (BARDIN, 2011)

Segundo Minayo (2004), existem diferentes concepções dentro da proposta de análise de conteúdo, que diferem do ponto de vista metodológico, entre uma abordagem mais quantitativa ou qualitativa na análise dos dados. Para os adeptos das técnicas qualitativas, a análise de frequência não é critério de objetividade e cientificidade. Também não utilizam apenas a descrição do conteúdo manifesto da mensagem, propondo a inferência como forma de atingir/obter uma interpretação mais aprofundada.

Nesse sentido, Bardin (2011, p. 44) descreve a análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Para a autora, esse método não se limita a simples análise do ‘conteúdo’, procurando abordar os significados das mensagens, sendo que a intenção da análise de conteúdo é a inferência (deduzir de maneira lógica). Sobre o aspecto inferencial dentro do processo de análise, a autora escreve:

Se a *descrição* (a enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária e se a *interpretação* (a significação concedida a estas características) é a última fase, a inferência é o procedimento intermediário, que vem permitir a passagem, explícita e controlada, de uma à outra. (BARDIN, 2011, p. 45)

Na busca de atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo, dentre as técnicas propostas pela Análise de Conteúdo, foi utilizada a análise temática. Utilizando como base esta análise, foram propostas três etapas para este estudo (BARDIN, 2011); (MINAYO, 2004):

1. Pré-análise: realizada leitura exaustiva do material obtido, deixando-se invadir por impressões e orientações, buscando a impregnação do conteúdo; retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado; elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.
2. Exploração do material: processo de codificação e categorização dos dados, realizado através da transformação dos dados brutos – classificação e agrupamento em unidades que permitissem uma boa descrição e representação do conteúdo – no núcleo de compreensão do texto.
3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: foram propostas inferências (buscando significados e não a relação estatística) e

interpretações utilizando como base o referencial teórico inicialmente proposto, às vezes utilizando-se novas dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

Considerando que os dados foram obtidos através de grupos focais, também é importante considerar o enfoque interacionista do debate, situando falas e sequências de falas no contexto grupal e em sua dinâmica própria de trocas, não necessariamente “enquadradas” nas categorias de análise. (GATTI, 2005) Vale ressaltar mais uma vez que “embora se possa dar atenção à frequência de certas formas de expressão, os números são problemáticos para as análises de conteúdo de grupos focais, devendo preferencialmente serem deixados de lado”. (KRUEGER; CASEY, 2000, apud GATTI, 2005, p. 55)

Os dados obtidos com o questionário foram tabulados e analisados quantitativamente, com o auxílio de cálculos estatísticos simples. Com os resultados construiu-se um perfil de características pessoais e profissionais dos preceptores participantes dos grupos focais.

7. QUESTÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ, sendo autorizada a coleta de dados. A Secretaria Municipal de Saúde-RJ – enquanto instituição co-participante da pesquisa – foi consultada em relação aos termos do projeto e, através de carta de anuência, concordou com a liberação dos preceptores do horário de trabalho para participação na pesquisa (Apêndice 4).

Os preceptores convidados para participação dos grupos focais foram informados dos objetivos e métodos da pesquisa, com solicitação de leitura e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo o sigilo do informante (Apêndice 1). Neste TCLE foi solicitado o consentimento individual de cada participante para efetuar a gravação do debate, garantindo o total sigilo em relação a identificação dos participantes com o material obtido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão desta pesquisa são aqui apresentados conjuntamente, buscando favorecer a exposição das idéias e reflexões, facilitando desta maneira, a fluência do texto.

É interessante ressaltar que não foram identificadas grandes discordâncias ou polarização nas discussões nos três grupos. Com exceção do último grupo, não foi possível discriminar falas dos preceptores que revelassem uma significativa diferenciação entre os quatro Programas de RMMFC do Rio de Janeiro.

1. PERFIL GERAL DOS PRECEPTORES

O grupo de preceptores participantes da pesquisa caracterizou-se por ser um grupo formado por profissionais jovens (idade média de 30 anos), com distribuição equilibrada entre os sexos, muitos vindos de fora do estado do Rio de Janeiro, onde realizaram a graduação ou residência médica. (Tabela 1) Em relação à idade, os preceptores encontram-se significativamente abaixo da média quando comparados com o perfil de profissionais médicos integrantes da ESF em diferentes locais do Brasil. Enquanto 100% dos preceptores pesquisados apresentaram idade abaixo de 40 anos, observamos que essa porcentagem varia de 23 a 52% para médicos da ESF em diferentes centros urbanos. (GUARDA et al, 2012; FERRARI, 2005; CAMPOS, 2008).

Tabela 1: Perfil dos preceptores por faixa etária, sexo e local onde realizaram graduação e residência médica

	PRECEPTOR	
	N	%
Faixa Etária		
20-29 anos	7	46,6
30-39 anos	8	53,3
≥ 40 anos	0	0
Sexo		
Feminino	8	53,3
Masculino	7	46,6
Local da graduação em medicina		
No RJ	7	46,6
Fora do RJ	8	53,3
Local da residência médica		
No RJ	8	53,3
Fora do RJ	6	40
Sem residência	1	6,7

Fonte: a autora, 2013.

Em relação à pós-graduação, a maioria dos preceptores envolvidos na pesquisa fez a residência médica em MFC (86%), o que está de acordo com a Resolução nº 02/2006 da CNRM, que estabelece que a supervisão do residente deva ser “realizada por docentes, por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa, ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica.” No entanto, observamos que nenhum dos preceptores concluiu, até o momento em que ocorreu a pesquisa, cursos de mestrado ou doutorado. (Tabela 2) Estes dados são diferentes de estudos sobre preceptores de programas de residência de outras especialidades médicas, que mantêm uma relação direta com instituições universitárias ou de ensino (BOTTI, 2009; WUILLAUME, 2000). Este fato pode estar relacionado com a menor vinculação de alguns dos PRMMFC do RJ a estas instituições, mas também ao pouco tempo de formação dos preceptores.

Tabela 2: Pós-graduação dos preceptores pesquisados

		PRECEPTORES
Residência em MFC	Sim	13 (86%)
	Não	2 (13%)
Mestrado	Sim	0 (0%)
	Não	8 (53%)
	Em andamento	7 (47%)
Doutorado	Sim	0 (0%)
	Não	15 (100%)
	Em andamento	0 (0%)

Fonte: a autora, 2013.

Os preceptores pesquisados apresentam pouco tempo de formação e, conseqüentemente, de exercício da profissão e de preceptoria em MFC (Tabela 3). A maioria dos preceptores relatou ter concluído sua graduação entre 0 e 9 anos (93,3%), estando, assim, nas fases de início da vida profissional e afirmação no mercado, segundo o parâmetro utilizado por Machado (2000) para trabalhadores médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil. Para esta autora, o início da vida profissional seria constituído por jovens de menos de 30 anos, com até 4 anos de formados – fase marcada pela procura de uma especialização –, seguida pela fase de afirmação no mercado, constituída por médicos com 5 a 9 anos de formação, que já se encontram "especializados para o mercado". Encontramos no nosso estudo apenas um preceptor com mais tempo de formação, podendo se considerado na fase de consolidação da vida profissional. (MACHADO, 2000)

Tabela 3: Tempo de formação e de experiência de trabalho dos preceptores:

	PRECEPTOR	
	N	%
Tempo de conclusão da graduação		
0 a 4 anos	6	40
5 a 9 anos	8	53,3
10 a 24 anos	1	6,7
>25 anos	0	0
Tempo de conclusão da residência em MFC		
< 1 ano	4	26,7
2 a 3 anos	7	46,7
4 a 6 anos	2	13,3
> 6 anos	0	0
Sem residência em MFC	2	13,3
Tempo de trabalho na APS		
< 2 anos	3	20
2 a 4 anos	8	53,3
4 a 6 anos	2	13,3
6 a 8 anos	2	13,3
> 8 anos	0	0
Tempo de trabalho no estabelecimento de saúde atual		
< 1 ano	6	40
1 a 2 anos	3	20
2 a 3 anos	6	40
> 3 anos	0	0
Tempo de exercício da atividade de preceptoria em RMMFC		
< 1 ano	5	33,3
1 a 2 anos	6	40
2 a 3 anos	4	26,7
> 3 anos	0	0

Fonte: a autora, 2013.

Entre os preceptores da pesquisa, também foi identificada a pouca formação específica para a função de preceptor – enquanto 4 referiram não ter participado de nenhum curso específico, dos que participaram, a maioria foi do ‘Curso para Formadores de Medicina de Família e Comunidade’ coordenado pelo EURACT², com uma carga horária de 18 horas. Esta atividade foi organizada em diferentes momentos, por duas coordenações de PRMMFC do RJ. Mas, dada a importância das

² Curso nível 1 do Projeto do Programa Leonardo da Vinci ‘Framework for Continuing Educational Development of Trainers in General Practice in Europe’, organizado por um grupo de parceiros, liderado pelo EURACT (European Academy of Teachers in General Practice).

responsabilidades pedagógicas para o exercício da preceptoría, podemos considerar que estes movimentos de formação do preceptor pelas coordenações das residências ainda são tímidos. Esta realidade se aproxima à observada em estudo sobre a preceptoría de outra especialidade médica (WUILLAUME, 2000), onde a formação pedagógica dos preceptores, quando existente, foi resultado apenas de disciplinas nos cursos de mestrado e doutorado realizados pelos próprios profissionais, sem que exista uma responsabilidade direta da coordenação da residência.

2. ATIVIDADES E ORGANIZAÇÃO DA AGENDA DE TRABALHO DA PRECEPTORIA

A discussão da agenda do preceptor pode ser usada como um analisador que auxilie na caracterização da sua prática cotidiana. Identificar quais são as atividades que o preceptor realiza e quais predominam na sua agenda, ou se existe uma forma de organização prévia ou planejamento desta agenda, pode ser um meio para identificar e refletir sobre o grau de valoração que o preceptor dá ao leque de atividades que fazem parte da prática da preceptoría. Também pode auxiliar a identificar quais são as demandas e tensões externas à atividade de formação da residência, que atravessam esta agenda e disputam o seu tempo.

Observa-se que existe uma referência importante dos preceptores à falta de organização da agenda de trabalho, assim como é identificada a existência de uma agenda com certa flexibilidade. Vários preceptores referem estar trabalhando de forma improvisada, sem um planejamento prévio. Trabalham orientados pelo surgimento de problemas do dia:

Em questão de organização, organização mesmo, é mais do dia-a-dia, não tem um planejamento fixo [...] Eu não sei como vai ser a minha semana, eu não sei! Sei o que eu tenho pra fazer. (GF 1, Preceptor 3)

Atualmente, a minha agenda é totalmente improvisada, sabe, minha agenda é o que a gente vai fazer naquela hora, naquele momento. (GF 1, Preceptor 4)

A gente estava até brincando, a gente começou a pensar essa semana exatamente na idéia de talvez ter uma agenda, uma agenda mínima, de nós quatro né?! Porque eu brinco que nós somos... esqueci o nome do bichinho... Nós somos 4 planárias. Planária é aquele bicho que só segue um estímulo luminoso joga o foco de luz pra cá, e ela vai assim, joga foco de luz pra lá e ela vai assim... (GF 2, Preceptor 3)

Essa falta de uma agenda mais sistematizada parece sinalizar uma forma de trabalho algo improvisada, ainda um pouco reativa ao invés de pró-ativa, parecendo deixar o preceptor a serviço das demandas imediatas que atravessam sua agenda de trabalho. Isso, somado à questão do preceptor não estar ligado diretamente à assistência – característica presente nos PRMMFC do município do Rio de Janeiro – tem resultado em uma maior probabilidade desse profissional assumir funções que não são diretamente atribuições suas:

A gente é visto como um coringa, o preceptor tá meio sobrando ali, não tá fazendo nada, tá perdido. (GF 1, Preceptor 4)

Diálogo:

Como a gente é o preceptor, e a gente está um pouco deslocado da assistência, a gente acaba muitas vezes tendo que fazer o papel que na verdade não é o nosso. É o papel da gerência da unidade (GF 2, Preceptor 3).

A gente é convocado, né?! Quase que o tempo todo pra esse papel... (GF 2, Preceptor 5)

E como a gente não tem agenda, a gente tem o ‘tempo livre’. (GF 2, Preceptor 6)

Entre aspas! (GF 2, Preceptor 5).

Um bando de desocupado na unidade... (risos) (GF 2, Preceptor 3)

Não tem paciente me esperando, não tem agenda. Tá lá: disponível! (GF 2, Preceptor 1)

Acaba virando um faz tudo, né?! (GF 2, Preceptor 6)

No entanto, as demandas imediatas nem sempre possuem ligação direta com a questão da formação, podendo contribuir para desviar o preceptor do lugar do ensino em serviço. Ao mesmo tempo, o excesso de demandas parece sobrecarregar em demasia a agenda de trabalho do preceptor, que refere se sentir esgotado e repleto de atribuições e responsabilidades. Mas, parece existir certo reconhecimento por parte dos preceptores sobre a necessidade de modificação desta situação:

Agora a gente tem que fazer a semana padrão pro preceptor, porque a gente vai esgotar aqui, a gente faz tudo: a gente atende paciente grave, a gente que regula, se algum paciente aparece passando mal, a gente tem que fazer..., a gente tem que ir lá, tem que falar com o gerente... fica totalmente perdido. (GF 1, Preceptor 4)

Então nós quatro nos reunimos, exatamente para tentar definir um pouco isso, e estamos pensando exatamente agora em definir um pouco a nossa agenda. Tem alguns horários onde a gente, por exemplo, pode estar fazendo alguma atividade específica com os residentes, entendeu? (GF 2, Preceptor 3)

Em contrapartida, alguns preceptores relataram manter uma agenda de trabalho semi-estruturada em concordância com a agenda dos residentes, procurando otimizar o gerenciamento do tempo para realização de ações comuns.

[...] mas a minha agenda depende muito da dos residentes, se a dos residentes muda, a minha muda. (GF 1, Preceptor 2).

Então, eu tento marcar os grupos... uma coisa que tenho tentado fazer é unir os grupos das duas equipes, para fazer grupo de terapia comunitária com as duas equipes, fazer junto, e aí um vai, o outro não... ou os dois vão, porque é horário de grupo dos dois. E com VD é a mesma coisa. Botei VD no mesmo horário e cada semana eu vou com um, e faz VD sozinho uma semana e faz VD comigo na outra semana. (GF3, Preceptor 1)

No entanto, parece que apesar de alguns preceptores referirem conseguir ter uma agenda de trabalho um pouco mais estruturada, reafirmam certa tendência em priorizar atividades de supervisão localizadas no espaço do consultório.

2.1 Trabalho do preceptor priorizando o atendimento em consultório

Observamos que a referência a atividade de consulta médica, desenvolvidas dentro do consultório – com ou sem a presença do residente – são recorrentes nas falas dos preceptores e parecem ter lugar de destaque na sua agenda de trabalho, evidenciando uma valoração desta atividade pelo preceptor. Essa referência surge tanto dos preceptores que não conseguem planejar sua agenda, quanto dos preceptores que já possuem alguma organização. A relação de residentes por preceptor – 4 residentes para 1 preceptor – parece ser um dos motivos desta centralidade no consultório, considerando que, em praticamente todos os períodos da semana, alguns dos residentes se encontra realizando atendimento em consultório, e o preceptor está a disposição para as dúvidas do residente identificadas durante o atendimento.

E daí tem a outra preceptora, que fica lá porque eu saí, e só fica mais uma preceptora com todos os outros residentes [...] Então acaba que às vezes a gente fica muito restrito para atividades dentro da unidade. O que eu acho muito ruim, coisa que eu gostava muito de fazer visita e agora eu consigo fazer muito menos do que eu gostaria [...] mas naquela semana de atendimento, a maioria das horas é de assistência de atendimento, junto com os residentes, do excesso de demanda dos residentes... e a supervisão vai acontecendo nesse entremeio. (GF 2, Preceptor 1)

[...] é uma demanda de trabalho tão grande, que essa participação... por exemplo, quando eu não era preceptor, era só médico, que eu conseguia fazer de forma mais ou menos organizada, de desencadear processos interessantes na Clínica, tanto de relação com a comunidade, que particularmente é uma área que eu gosto bastante, hoje é impossibilitada. (GF1, Preceptor 1)

Nesse sentido, a possibilidade dos preceptores trabalharem de forma colaborativa e complementar, valorizando a diversidade de formação e personalidade

existente entre os próprios preceptores, é vista como positiva tanto para enriquecer a formação dos residentes, quanto para facilitar a participação do preceptor em outras atividades que não exclusivamente supervisão de consultório. São declaradas, inclusive, intenções de criar mecanismos que facilitem o acesso do residente aos diferentes preceptores numa mesma Clínica:

Eu acho que assim: a diversidade é uma coisa muito importante, por exemplo... lá na unidade [...] fica só eu e a outra preceptora. E ainda assim é um corredor de diferença, então basicamente ela fica de um lado do corredor e eu fico do outro lado. Então eles acabam ficando muito restrito de discutir só com a gente. E a gente está tentando agora bolar um plano mirabolante de fazer um rodízio entre nós três. Uma, de repente, fica lá atendendo todo mundo e não discute com ninguém, e a outra fica mais livre pra discussão, para elas não ficarem discutindo sempre, sempre, sempre com a mesma pessoa. Porque a gente também tem nossos vícios, né? E acaba que se fica muito restrito...(GF 2, Preceptor 1)

Um horário que eu sei que eu vou estar fazendo alguma coisa só com uma residente, mas o meu colega preceptor vai estar ali se as outras precisarem, porque a gente sempre fica nessa de 'E se elas precisarem de mim; e se elas precisarem de mim?'(GF 2, Preceptor 4)

O fato, porém, da centralidade do exercício da preceptoria estar sendo na consulta médica faz pensar que ocorra uma menor priorização de outras atividades, próprias da Atenção Primária à Saúde. Assim, foram pouco citadas atividades de promoção da saúde, de educação em saúde, seja através de atividades individuais ou coletivas, no consultório ou na comunidade – com exceção das visitas domiciliares. Vários preceptores citaram a visita domiciliar como atividade que também procuram priorizar na sua agenda, mas sem a mesma ênfase dada ao atendimento em consultório. Essa priorização do espaço individual, focado no atendimento médico em consultório, quando em desequilíbrio com outras práticas, podem aumentar a possibilidade de aproximação do modelo de atenção à uma lógica curativa, com ênfase no saber médico, mais característico do modelo biomédico. (CAMARGO JR, 2005)

Essa ênfase dada ao atendimento clínico individual pelo MFC é destacada em outros trabalhos (PUSTAI, 2006; BONET, 2003). Apesar de existirem princípios claros dentro da especialidade da importância da integração entre atividades de caráter individual e coletivo, podem ser identificados grupos dentro da especialidade que apresentam maior ênfase para uma dessas determinadas atividades. (PUSTAI, 2006; MATTOS, 2001).

É importante reforçar os limites que práticas de saúde excessivamente voltadas para o atendimento individual podem resultar, mesmo que estas práticas consigam

exercer a integralidade³ e, portanto possam ser consideradas como traços da boa prática médica. (MATTOS, 2001).

Ao compreender-se o adoecer também enquanto um produto histórico e socialmente construído, deve-se considerar que os valores associados à saúde se relacionam a socialidade dessa experiência, e que para tanto devem ser compreendidos na “relação com os contextos de interação de onde emergem, suas mediações simbólicas, culturais, políticas, morais, econômicas e ambientais.” (AYRES, 2004, p. 27)

Nesse sentido, Ayres (2004) quando discute a idéia de Cuidado e a necessidade de reflexão e transformação das relações interpessoais nos atos assistenciais individuais, destaca a necessidade de pensarmos também “as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana” (AYRES, 2004, p.27), com necessidade de articulação de práticas de saúde que vinculem o cuidado individual aos contextos sócio-sanitários. Este autor destaca:

De um lado, as transformações orientadas pela idéia de Cuidado não poderão se concretizar como tecnologias ampliadas se mudanças estruturais não garantirem as reclamadas condições de intersetorialidade e interdisciplinaridade.[...] Além disso, se a organização do setor saúde não se preparar para responder aos projetos de vida (e seus obstáculos) dos diversos segmentos populacionais beneficiários de seus serviços, a possibilidade de Cuidar de cada indivíduo não passará de utopia, no mau sentido.(AYRES, 2004, p.27)

Essa questão da prática do preceptor, enquanto responsável pela formação dos residentes, estar centrado no atendimento clínico individual – e conseqüentemente a formação predominante dos residentes seguir a mesma dinâmica – também é alvo de críticas pelos próprios preceptores. Exista uma crítica ao modelo de atenção à saúde que possa estar sendo fortalecido com essas práticas de saúde:

Acho que a nossa participação aí é mais fundamental ainda, porque eu acho que tem um embrião da micropolítica que está em disputa, que é ‘Qual é o modelo assistencial que a gente está querendo construir?’ É um modelo baseado em atendimento médico, é um modelo baseado na equipe, de médico e enfermeiro; é um modelo que envolve a multiprofissionalidade? (GF 1, Preceptor 1)

³ Integralidade no sentido de um atributo presente na prática desenvolvida pelo profissional de saúde. (MATTOS, 2001)

Nessa tensão existente dentro dos rumos da própria especialidade, alguns preceptores se colocam de forma crítica a esse modelo mais voltado apenas para a formação de especialistas em clínica:

Acho que isso tudo, isso está sendo construído, essa é uma política, que tá em disputa, esse modelo não é o único no Brasil, mas tem um modelo mais forte, né, que domina, que é... Acho que tudo isso a gente discuti muito pouco. Na verdade pela própria mudança que o país está vivendo, pela questão do crescimento do setor privado, do namoro com a medicina de família... que hoje ainda é uma paquera, que daqui a 5 anos vai ser um namoro, e daqui a 20 anos vai estar casado com certeza, me incomoda eu pensar que a gente está formando residentes hoje com um perfil que é extremamente adequado pro mercado privado e que talvez nem consiga ter tanta clareza de que o público tem algumas nuances que a gente precisa trabalhar um pouco mais, como em relação a comunidade, de relação de controle social, de espaço de participação popular... questões que hoje, no nosso modelo assistencial, estão ausentes, muito...(GF 1, Preceptor 1)

Hoje a gente forma infelizmente ótimos clínicos da atenção básica, que eu acho que não é médico de família, mas porque a gente não consegue na verdade, transpor as barreiras do próprio sistema que está sendo formado. (GF 1, Preceptor 5)

Mesmo considerando a existência e influência do modelo biomédico nas práticas de saúde deste profissional, os preceptores sinalizam movimentos internos de questionamentos. Assim, apesar de sofrerem influências que determinam em parte a sua ação, também se entendem como sujeitos neste processo. E sinalizam a possibilidade de pensar a preceptoria enquanto um grupo de sujeitos, participativos do processo de construção dos rumos da residência.

Eu acho que é um momento absurdamente potente, né, a gente tem muita gente, muito boa, trabalhando na preceptoria, gente muito boa mesmo. Assim, eu conto na metade da minha mão os que eu não admiro muito, como colegas de preceptoria, na trajetória pessoal, de formação médica, de militante. Eu acho que nesse ponto a gente tá aumentando, tá se encontrando mais. [...] mas essa interação, essa troca, e essa construção que pra mim tem que ser essencialmente coletiva, essencialmente vindo de baixo, é... é melhor do que por exemplo se chegassem os coordenadores da residência pra apresentar 'esse é o modelo, assim... a gente tem esse modelo...' (GF 1, Preceptor 1)

Apesar da reflexão sobre esta questão ainda parecer incipiente entre os preceptores, existe um movimento de reconhecimento do seu potencial enquanto grupo e citam o momento inicial de construção da residência como positivos para a construção participativa. Podemos compreender este movimento enquanto uma idéia de construção de um Grupo Sujeito. Campos (2003), discutindo a idéia de Grupos Sujeitos, faz referências às contribuições de Sartre, enquanto uma oposição a idéia de 'serialidade' – agrupamentos que repetem comportamentos condicionados por estruturas dominantes –

apontando para a idéia de agrupamentos aptos a lidar com determinações de forma mais livre, criando possibilidades de desalienação dos sujeitos (CAMPOS, 2003); e à Guattari, para indicar o grupo capaz de lidar, com uma certa autonomia, com os constrangimentos da história e do seu contexto. (CAMPOS, 2000).

Retomando a importância dada pelos sujeitos da pesquisa ao desenvolvimento do trabalho da preceptoria focado no espaço do ambulatório, destacamos abaixo relatos sobre o atendimento clínico individual realizado pelo preceptor. Também são destacadas atividades de organização e gestão em geral do serviço de saúde, inferindo, assim, que estes são espaços importantes de construção de sentidos e identidade para o Médico de Família e Comunidade.

2.2 O preceptor realizando atendimento clínico

Com o novo modelo de preceptoria iniciado em 2012, existe um direcionamento para que o preceptor deixe de ser o médico de referência da equipe de saúde da família e da área de abrangência, responsabilidade que passa a ser assumida pelo residente em formação. Nessa organização, espera-se que todas as atividades de atenção à saúde da APS sejam desenvolvidas pelo residente e, dentre elas, o atendimento aos usuários e famílias da área. No entanto, o que observamos das falas dos preceptores, é que este atendimento direto aos indivíduos e às famílias, apesar de não aparecer de forma organizada e sistematizada na agenda do preceptor, está presente no seu cotidiano de trabalho. A maioria dos preceptores refere não ter uma agenda própria para marcação de atendimento, tornando-se, de certa maneira, um personagem de suporte para o residente, ou seja, ocupando um lugar de falta. Assim, sua relação direta com a assistência acontece em situações nas quais ocorre um excesso de demanda de atendimento na agenda do residente, em situações onde o residente falta ao trabalho e o preceptor assume integral ou parcialmente sua agenda, ou ainda em situações de atendimento de casos considerados de maior gravidade ou complexidade.

A gente até atende alguns pacientes sozinho e até faz algumas interconsultas. E quando tem um ou outro paciente muito grave é... a gente geralmente assume para não deixar a fila embolar. Sempre deixando depois o residente da área a par da situação. (GF 1, Preceptor 3)

Faço bastante atendimento. Geralmente eu tento dar uma aliviada na pressão de demanda em cima dos residentes.[...] Então se eu tenho uma lista do acolhimento e percebo que tem quinze atendimentos no turno, normalmente

eu pego cinco e deixo dez para os residentes. Fico numa sala ao lado, isso quando eu tenho uma sala disponível. (GF3, Preceptor 1)

A questão de ser um ‘regulador’ da pressão por demanda de atendimento médico sofrida pelo residente pode ser compreendida no sentido do exercício de um trabalho de equipe, como apoio e compartilhamento do trabalho, evocando um sentido de solidariedade.

Apesar da maior parte dos preceptores referir não ter uma agenda disponível para marcação de consulta, alguns preceptores relataram possuir uma ‘agenda oculta’, na qual realizam agendamento dos pacientes e assumem o seu acompanhamento. São casos aparentemente ligados a um interesse ou habilidade específica do próprio preceptor, numa espécie de busca pela manutenção de sua autonomia e identidade de médico:

Tem alguns pacientes que eu marco pra mim, principalmente pacientes de saúde mental, quase todos, basicamente, os que eu marco pra mim, e dão retorno pra mim, são pacientes de saúde mental. E daí esses acompanham comigo, vejo toda semana, a cada 15 dias por mês, enfim o que for o caso [...] Mas eu não tenho uma agenda; não fica assim uma agenda minha lá no guichê para os agentes de saúde marcarem as pessoas [...] Então a agenda aqui é minha, eu manejo. (GF 2, Preceptor 1)

Eu tenho uma agenda oculta. (risos) [...] Eu tenho uma agenda escondida, no *Google*, que eu marco no máximo 1 paciente por turno, que são os pacientes que eu vejo, que acaba sendo mais de saúde mental [...] ou coisas clínicas que estão assim mais sérias. (GF 2, Preceptor 4)

Assim, inferimos que esta ‘agenda oculta’ se relaciona com um certo sentimento de perda de referência, indicando que o preceptor, em formação e com relativamente pouca experiência médica, busca caminhos para se reforçar como profissional diante de si mesmo:

E a questão de ter a minha agenda para marcar pacientes pra mim, pra retornar comigo, é uma questão super delicada. Porque a gente sente muita falta de ter pacientes. Eu morro de saudades de ter meus pacientes. [...] Outro dia me perguntaram ‘Você tem agenda, marca um paciente pra mim?’ e eu disse que não. E agora eu me lembrei que tem sim, tem uma que vai toda semana pra buscar os medicamentos dela, pacientes com problema de saúde mental. E quando por outras questões a galera vem ‘Ah não, a senhora que é minha doutora’ eu digo ‘não, eu não sou. Tem duas medicas na equipe, a fulaninha e a fulaninha, e eu estou junto mas não sou a tua médica, tua médica é a fulana.’ Isso às vezes, é doído pra mim dizer, assim, porque eu sinto falta. (GF 2, Preceptor 2)

Aqui observamos a existência de sentimentos e atribuições algo confusas, que vão construindo a identidade deste profissional. Nesse sentido, Sisson (2009), questiona o que seria uma compreensão essencialista do conceito de identidade, onde pertencer a

determinado grupo é visto como algo fixo e imutável. Compreendendo um outro sentido para o conceito, a autora reafirma a idéia do conceito de identidade enquanto estratégico e posicional. “Essa concepção aceita que as identidades [...] são cada vez mais fragmentadas e fraturadas, [...] são multiplamente construídas ao longo de discursos, práticas e posições que se podem cruzar ou ser antagônicos.” (SISSON, 2009, p.118)

Nesse movimento de construir uma identidade que transita entre ser médico e ser preceptor, outras falas também revelam a existência de tensões:

Diálogo

Uma coisa que a gente conversa assim é de como a gente é diferente dos nossos preceptores, de quem foram nossos preceptores. Meu preceptor nunca ia me esperar até uma da tarde para ir almoçar porque eu estou enrolada com a agenda, jamais. Ia almoçar e ia embora às 14h. (GF 2, Preceptor 1)

Ou atender teu paciente... ‘Vai pra aula que eu vou atender teu paciente’ – nunca. (GF 2, Preceptor 4)

Eu não sei se pode ser alguma coisa de geração, de formação ou porque a gente está muito ainda recém formado mesmo, muito novo, assim... mas a gente talvez seja ainda muito mais médico do que preceptor... talvez. A gente tem essa coisa de querer ter os nossos pacientes, de querer atender, de querer resolver [...] (GF 2, Preceptor 1).

Por um lado, o fato dos preceptores dos PRMMFC do Rio de Janeiro serem jovens e com pouco tempo de formados é levantada como uma possibilidade dessa falta de delimitação de papel. Mas, por outro lado, se observa uma crítica ao modelo de preceptor exclusivamente e apenas responsável pela formação do residente, distanciado das questões do serviço. Isso revela uma mudança com o modelo de preceptoria que tiveram em suas residências:

Dialogo:

[...] a minha preceptora não se preocupava se o paciente ia ficar sem atendimento. Ela não se preocupava. (GF 2, Preceptor 4)

De jeito nenhum. (GF 2, Preceptor 1)

Ela não se preocupava, porque a função dela era... (GF 2, Preceptor 4)

De formação. (GF 2, Preceptor 1)

A principal talvez fosse a formação. Ela não tava preocupada se o paciente tinha atendimento ou não, se eu não fosse. Ela não tinha dúvida nenhuma que ela não ia atender. (GF2, Preceptor 1)

Observa-se que as tensões que constroem a identidade do preceptor não são apenas as que estão sendo vivenciadas no trabalho cotidiano, mas também tensões que se remetem às referências e modelos experimentados em outros espaços. Assim, compreende-se a construção dessa nova identidade do preceptor como algo que está em permanente construção e sujeito a múltiplos vetores, que podem ser internos ao espaço do trabalho, mas externos a ele também; identidades que “se constroem nas e pelas

interações ao longo da vida, [...] a partir de um percurso, de uma trajetória que desborda os limites do trabalho.” (SISSON, 2009, p.118).

Nesse mesmo sentido – questionando modelos de preceptoria excessivamente voltados para a formação – alguns preceptores trazem a percepção da existência de uma tensão entre ensino e serviço, e reconhecem a importância da valorização dos dois pólos:

Diálogo:

Existem também alguns preceptores não necessariamente antigos, mas novos também, que tem essa idéia de ficar lá sentado só discutindo os casos. Eu tive isso na minha residência, preceptores que eram assim. (GF 2, Preceptor 1)

Isso só funciona num lugar que tem demanda limitada. (GF2, Preceptor 6)

Mas eles acreditavam, não tinha essa preocupação com a demanda. A minha residência eu não vi os preceptores preocupados com a demanda. [...] E eu vejo assim como é muito diferente o nosso processo de trabalho, por ser talvez a estrutura das equipes aqui, por serem equipes muito cheias, unidades muito grandes, e então talvez tenha muito mais gente circulando e a gente talvez tenha uma preocupação muito maior em dar conta dos pacientes enquanto médico e não necessariamente dar conta só dos residentes, enquanto preceptor. (GF 2, Preceptor 1)

Eu acho isso muito bom, porque na verdade a gente tem uma relação com o usuário, a formação não está isolada do contexto. A educação não é o principal, o principal é o usuário. O contexto é a educação. Na verdade é que o SUS deveria ser um grande espaço de educação e nesse contexto os usuários são a parte essencial. Eu acho isso muito bom. (GF 2, Preceptor 3)

Ao mesmo tempo em que fazem também uma crítica a idéia de considerar a residência apenas como atividades de assistência, e não como um processo de formação:

O ano passado, eles só atenderam e aí... só que não refletiram no processo de trabalho [...] não pensaram a residência como formação, pensaram a residência como serviço. (GF 1, Preceptora 2)

2.3 Atividades de Gestão do Serviço

As atividades referentes à gestão do serviço de saúde – às vezes citadas como atividades de organização do serviço de saúde – aparecem de forma muito intensa nos grupos focais, o que potencializa a importância que o preceptor imprime a este tema, reconhecendo-o como pauta necessária e urgente. Segundo as falas dos preceptores, são incluídas aqui tanto atividades de apoio à gerência local e realização de atividades administrativas, quanto atividades de discussão do processo de trabalho e das práticas de saúde, algumas vezes inclusive com o gestor hierarquicamente superior ao gerente local. Ou seja, a demanda por gestão do serviço que atravessa a agenda do preceptor

engloba várias atividades, muitas vezes pouco discriminadas entre si e classificadas aparentemente com um mesmo grau de relevância. Assim, parece haver uma certa confusão e falta de delimitação das atribuições a serem assumidas ou compartilhadas pelo preceptor.

Por outro lado, os preceptores reconheceram que a participação na organização do serviço – quando em espaços selecionados – poderia contribuir para a construção e discussão de modelos assistenciais em disputa no serviço.

Acho que essa questão que a gente falou da organização dos serviços, esse papel muito pró-ativo do preceptor, ele vem justamente nisso, na micropolítica, você tentar direcionar um pouquinho pra onde sua unidade vai atuar... (GF 1, Preceptor 5)

Reconheceram também, a força de sua influência na gestão do serviço a favor de uma certa contribuição para aprimorar os processos de organização para o ensino da residência:

Senti que precisava organizar o serviço pra ter um bom ambiente de ensino, tentei me envolver mais com a organização do serviço, me envolvi com a questão da responsabilidade técnica [...] a gente já ficava muito envolvido com a questão da organização do serviço. Aí eu falei: “Bom, já que é a gente ta tão envolvido assim, vamos meter a cara. E eu fiz mentalmente um planejamento político, de que precisava mudar o serviço, para tentar organizar o ensino melhor. (GF 1, Preceptor 5)

Mediar as relações de trabalho que se estabelecem entre o médico-residente e o serviço surge, de certa maneira, como uma atribuição do preceptor, fortalecendo a compreensão do papel do residente não apenas como mão-de-obra, ou como substituto de recursos humanos permanentes do serviço, mas como um profissional em formação, em período de treinamento da especialidade. Em suma, parece que interferir em questões burocráticas do serviço gera consequências na garantia de um ambiente de ensino mais favorável.

No entanto, existe uma preocupação com a possibilidade de que a agenda do preceptor seja ocupada demasiadamente por atividades administrativas ou de apoio à gestão local. Essa situação poderia gerar um excesso de funções e sobrecarga de trabalho para o preceptor, com a possibilidade de resultar na diminuição de disponibilidade de tempo para o residente, colocando a atribuição de formação em segundo plano. Alguns preceptores, inclusive, apontam uma mudança de posição a partir dessa reflexão, em um esforço por compreender as limitações de seu trabalho:

A gente abandonou por completo a participação da gestão da Clínica maior, mas menos do microespaço da equipe [...] teve um período inicial, que durou 7 meses, que a gente gastou muito organizando o processo de trabalho, os fluxos da própria Clínica, repactuando coisas com a gerência. Foi um processo em que os residentes sofreram bastante por conta disso [...] É que a gente refletiu [...] de que a gente devia deixar os problemas acontecerem e pronto. E assumir muito mais a função de preceptor [...] Então, isso foi muito bom pra residência. (GF 1, Preceptor 1)

[...] Eu tinha essa questão da gerente muito também. Mas isso fez com que a gente, de um modo geral, lá na Clínica, num certo momento a gente negligenciou um pouquinho os residentes, assim sabe? Por conta dessa coisa de querer ajudar a gestão da Clínica. Só que aí isso gerou conseqüências da gente começar a repensar, junto com os residentes... quem tem que gerenciar a Clínica e resolver o problema da Clínica com a CAP, ou sei lá o que, é a gerente. Ela ganha pra isso, é a atribuição dela. Então, vamos ensinar aqui o negócio... e o mínimo possível deixar, sair de perto do residente pra ficar perto da gerente... (GF 3, Preceptor 1)

Alguns preceptores citaram exemplos de atividades de caráter exclusivamente administrativo que disputavam a agenda do preceptor:

Mas a gente faz tudo, absolutamente tudo. Pra você ter noção... o preceptor tava vendo as vagas de estacionamento da unidade. (GF2, Preceptor 4)

E fora as outras questões administrativas da unidade, de regulação, escala sei lá do que... Que com o problema grave que nós temos de administração de unidade, a gente acaba tendo que ajudar. (GF 2, Preceptor 1)

Então todas as coisas fora de padrão, enfim... quando chega uma pessoa nova, como é que regula, como é que se lança uma baciloscopia no GAL⁴, como é que faz isso, faz aquilo...(GF 2, Preceptor 6)

Uma das questões que aparecem é a necessidade de se estabelecer um diálogo entre uma posição de controle da gestão do serviço a favor do ensino e o sentimento de haver um excesso de atribuições do preceptor.

Por outro lado, apesar dos preceptores colocarem uma crítica ao excesso de funções que vem assumindo no cotidiano de trabalho, como descrito anteriormente, parece que algumas destas funções são acumuladas intencionalmente, gerando um discurso ambíguo. Vários dos preceptores participantes da pesquisa referiram estar ocupando o cargo de responsável técnico médico (RT) das suas unidades de saúde – cargo obrigatório exigido pelo CFM e instituído pela SMS-RJ em 2009 nas unidades de saúde da APS, na relação de 1 RT médico por unidade de saúde⁵. Mesmo os preceptores que não são oficialmente os responsáveis técnicos nas suas unidades referem assumir

⁴ GAL: Sistema de Gerenciador de Ambiente Laboratorial, atualmente utilizado na APS do município para acesso a duas condições de saúde específicas: tuberculose e dengue.

⁵ O cargo de Diretor Técnico é regulamentado pela Resolução do CFM 1.342/91, que dispõe sobre suas atribuições. Para maiores detalhamentos da função pode ser acessado o manual do Diretor Técnico. (CREMERJ, 2006)

parte das atribuições de RT, principalmente na função de responsáveis pelo Sistema de Regulação Ambulatorial (Sisreg).

Diálogo:

Eu não sou paga pelo RT, mas eu faço tudo que o RT deveria fazer. (GF 3, Preceptor 2)

Então você é RT sem reconhecimento. (GF 3, Preceptor 3)

[...]Então acaba que a gerente, ela conta muito comigo pra tentar ajudar, planejar, organizar, regular... e tudo mais. (GF 3, Preceptor 2)

Você não é RT, mas é a mesma função, entendeu? Assim, faz a mesma coisa. [...] É você que exerce essa função de organizar, de coordenar, então no final das contas é só um título que na verdade, nesse grupo aqui, os quatro exercem. (GF 3, Preceptor 3)

Fazemos trabalho de RT também sem ser RT [...], talvez por ter mais experiência na atenção primária que ela. (GF 1, Preceptor 3,)

Ao RT compete, em sentido amplo e de acordo com a legislação vigente, “assegurar condições adequadas de trabalho e os meios imprescindíveis ao exercício de uma boa prática médica, zelando, ao mesmo tempo, pelo fiel cumprimento dos princípios éticos.” (CFM, 1991) Por um lado, considerando que o preceptor deve ser um profissional médico de elevada qualificação ética e profissional, poderíamos considerar que a função de RT e de preceptoria tendem a manter algum grau de proximidade e congruência nas suas atribuições. No entanto, no cotidiano, a Responsabilidade Técnica da unidade de saúde pode se traduzir em múltiplas ações, que a depender do contexto de trabalho e da iniciativa do responsável, podem resultar em um número significativo de atividade administrativas, sobrecarregando ainda mais a agenda de trabalho do preceptor.

A questão do preceptor assumir, além das atividades próprias da formação e de atenção à saúde, um grande número de atividades referentes à gestão do serviço, inclusive funções administrativas, parece ampliar o seu lugar de referência – não apenas ética e técnica – frente aos outros trabalhadores da Clínica. Nesse contexto, os preceptores revelam um sentimento de fortalecimento e legitimação do lugar do preceptor dentro da Clínica:

Diálogo:

Eu te digo assim, eu e o (nome de outro preceptor), a gente se sente o dono da unidade, porque eu faço o que eu quero. (GF 2, Preceptor 4)

A gente tem um certo poder, assim... (GF 2, Preceptor 2)

Vozes confusas concordando

Pelo visto não é só ele que sente isso, né?! (GF 2, Moderador)

Nós estamos há mais tempo [...] Mas a gente faz tudo, absolutamente tudo. (GF 2, Preceptor 4)

Também é destacada uma fragilidade do papel da gerência local nos serviços de saúde, reforçando o movimento de aproximação do preceptor à atividade de gestão local, muitas vezes como forma de apoio a esse gestor:

Eu acho que no fim nós somos os mais capacitados da unidade. A nível de gestão, administrativo, de conhecer e ter noção do processo de trabalho. (GF 2, Preceptor 1)

Na verdade, toda vez que a gerente tem alguma demanda da CAP, ela se segura em mim. Porque sabe que de certa forma eu consigo ajudar. E aí acaba que eu fico muito disponível também pra gerente. (GF 3, Preceptor 2)

E também é referido que, entre outros trabalhadores da Clínica e entre usuários, há uma idéia de superioridade hierárquica do preceptor:

Diálogo:

E as minhas ACS antigas, que eram da minha equipe antiga, explicam o que é o preceptor: 'O Preceptor é o chefe.' É, virou chefe. (GF 2, Preceptor 6)

Muitos definem assim. (GF 2, Preceptor 2)

Eu ganhei parabéns essa semana da paciente, pela promoção! (GF 2, Preceptor 4)

Nessa discussão de fortalecimento do lugar do preceptor, somado a uma falta de clareza desse papel, também foi identificada uma dificuldade ou confusão por parte da gerência local em sentir-se capaz de administrar o trabalho do preceptor:

[...] E aí só para ilustrar o que é a falta de papel, de definição de papel que assim eu acho que a gente tem muito, mas principalmente dos outro: teve uma reunião da gerência da unidade com os agentes de saúde [...] e o agente me passou que eles, na intenção – não sei qual foi a intenção – que eles falaram com os agentes que, na verdade nós não somos empregados ou contratados por eles. Que eles não são nossos gerentes. Eles não se sentem nossos chefes, acho que para justificar que a gente não está atendendo às vezes, que a gente sai toda hora para reunião... Eles falaram isso para os agentes de saúde, que eles não são nossos chefes, que nós estamos em outra instituição... a residência... (GF 2, Preceptor 4)

As atividades do preceptor relacionadas diretamente ao acompanhamento do residente, por serem uma temática específica, assim como estruturante da prática da preceptoria, serão descritas separadamente a seguir.

3. ATRIBUIÇÕES DO PRECEPTOR

Dentre as atribuições esperadas para o preceptor, destacamos a responsabilidade no processo de ensino-aprendizagem do residente – com domínio pelos aspectos educacionais –, a competência técnica enquanto especialista e a responsabilidade pela formação moral e ética do residente.

3.1 A relação pedagógica preceptor-residente

A formação profissional de residência médica – enquanto um processo educacional – deve ser considerada algo mais que apenas um treinamento em serviço. Nessa etapa da formação médica, espera-se que o residente possa adquirir níveis crescentes de autonomia (FEUERWERKER, 1998). Assim como na graduação, a residência também é um campo onde as questões do processo de ensino-aprendizagem devem ter grande relevância, podendo contribuir significativamente para a aquisição de autonomia do residente e para a integração desejada entre teoria e prática. Para tanto, destaca-se a importância da necessidade de reflexão e clareza por parte do preceptor sobre esse processo de ensino-aprendizagem e seus alicerces teóricos.

No entanto, assim como Wuillaume (2000) identificou num estudo sobre a preceptoria da residência médica em pediatria, não foram identificadas falas sistematizadas ou de maior densidade teórica dos preceptores que abordem tal questão. Esta ausência vem acompanhada de falas que revelam a pouca experiência e orientação dos preceptores para exercerem a atividade de preceptoria.

Em relação à metodologia, desconheço muita coisa, nunca imaginei ser preceptora, nunca imaginei ser professora, então... pra mim, assim, isso é uma coisa que eu desconheço, então, tudo que se fala, é muito novo. (GF 1, Preceptor 3)

Dentro deste contexto de inexistência de propostas pedagógicas estruturadas para a preceptoria, a partir dos programas de residência, observa-se um movimento autônomo de aproximação do preceptor à discussão pedagógica no processo de ensino-aprendizagem desenvolvido na relação com o seu residente.

Diálogo:

Primeiro eu enlouqueci... acabei de sair da residência, virei preceptora! [...] eu preciso materializar a metodologia pra que seja meu fio condutor na preceptoria. E eu comecei a estudar, assim... resgatei os meus livros de educação, da faculdade inteira... (GF 1, Preceptor 2)

Isso você fez sozinha? Ou com orientação... (GF 1, Moderador)

Eu fiz sozinha. (GF 1, Preceptor 2)

O preceptor vai desenvolvendo uma dinâmica própria de auto-aprendizagem em relação à metodologia a ser desenvolvida, experimentando, refletindo e modificando as suas práticas, numa dinâmica de ‘tentativa e erro’. Essa dinâmica acaba resultando em práticas pedagógicas distintas entre preceptores de um mesmo Programa de Residência. Ao mesmo tempo, esses movimentos individuais de aproximação teórica feitos pelos preceptores – pode-se inferir que talvez esteja ocorrendo um certo experimentalismo – não diminuem a necessidade de uma formação específica sobre o tema, com maior formação pedagógica e didática para exercer tal função.

Identifica-se, contudo, uma compreensão entre alguns preceptores que o exercício da preceptoria deve ser centrado nas características e necessidades singulares do residente, com foco na autonomia, sem que deva existir uma abordagem padronizada. Essa idéia é identificada pelos preceptores como o método de ‘Preceptoria Centrada no Residente’, citada nos três grupos focais.

A preceptoria, ela é algo pessoal... eu entendo que ela é muito particular [...] ela é muito artesanal, mas a gente precisa pelo menos seguir uma linha. (GF 1, Preceptor 3)

E eu brinco com os meus residentes, que, da mesma forma que a gente estuda e reflete sobre a medicina centrada na pessoa, eu faço preceptoria centrada na pessoa. Eu acho que preceptoria não tem receita, e acho que a gente tem que sair experimentando. E cada um, é uma coisa diferente que você vai sentir como trabalhar. Não dá para usar a mesma coisa com todo mundo, eu acho. (GF 1, Preceptor 2)

[...] o modelo da medicina centrada na pessoa, pra preceptoria centrada no residente. [...] É o que agente tenta fazer também, na verdade é o que eu venho tentando. Confesso que por conta dessa questão toda, que eu to vivendo no trabalho, eu tenho sido mais reativo do que pro-ativo em reconhecer. (GF3, Preceptor 4)

Eu acho que isso é muito coisa do residente dependente. Por exemplo, eu tenho duas R2 muito diferentes, tecnicamente, pessoalmente; uma eu sei que se ela me fala tal coisa, é tal coisa, eu sei que é só uma discussão pontual, que tudo bem, eu sei que ela sabe, que vai estudar depois. E a outra eu tenho que ir lá ver, pegar pela mão e levar. Então assim, claro que a gente tem o nosso jeito de lidar com a coisa, a gente também ainda está aprendendo a ser preceptor e lidar com isso. (GF 2, Preceptor 1)

O método ao qual os preceptores fazem referência é parte da ‘Oficina Para Capacitar Preceptores em MFC’, curso de formação de preceptores organizado pela SBMFC com apoio do MS. Este curso foi multiplicado em diferentes estados do país a partir de 2006 e publicado em livro em 2009 (FERNANDES *et al*, 2007; LOPES *et al*, 2009). Este método é apresentado no material da oficina como ‘Ensinação Centrada no Residente’, que busca uma alternativa ao um modelo tradicional de ensino, centrado no

preceptor, fazendo analogia à Abordagem Centrada na Pessoa, ferramenta frequentemente presente na prática do especialista em MFC. Apesar de não ter sido observada uma menção direta ao Construtivismo (PONTES, 2005; CEZAR, 2010) ou à teoria da Aprendizagem Significativa (MOREIRA, 1999) pelos preceptores, na proposta do ‘Ensino Centrado no Residente’ são identificados princípios estruturantes comuns a essas teorias, como já explicitado no referencial teórico desta dissertação.

Também fazendo analogia com a relação estabelecida com o usuário, discute-se a forma de problematizar o conhecimento com o residente:

Então, assim, eu tento problematizar em cima do que eu percebo do que elas trazem. Porque toda vez que eu vou trabalhar – eu só acho que é um campo mais delicado do que o usuário – mas eu penso sempre no usuário. Quando a gente vai trabalhar o plano terapêutico, a gente tem que construir, ele tem que fazer sentido pra quem está do outro lado, porque se não, não modifica o olhar. Então eu tento trabalhar com elas a mesma coisa que eu aprendi trabalhando com o usuário, a tentar ajudar a modificar o olhar. (GF 3, Preceptor 3)

Por outro lado, ainda que de forma pontual, podem ser observadas falas que se aproximam de uma concepção mais tradicional do processo de ensino e aprendizagem, mais próxima de uma concepção de transmissão de conhecimento e treinamento de atitudes e habilidades, com o processo de formação mais centrado no preceptor.

Eu falo com os meus residentes: ‘Olha, vocês vão sair daqui e vão se dar conta de que não sabem fazer uma coisa que era óbvio que tinha que saber, porque a gente não soube passar pra vocês.’ (GF 2, Preceptor 4)

A gente fica assim, pensando nessa questão da comunicação, na postura, no trabalho cordial, e tentando passar isso pra preceptoria, a gente discute muito isso enquanto preceptores... e até que ponto, eu consigo treinar um residente pra isso? (GF 1, Preceptor 3)

Também uma questão central do processo de ensino-aprendizagem – a autonomia e autogestão do processo de aprendizagem pelo residente – parece evidenciar distintas compreensões por parte dos preceptores. Alguns preceptores identificam a aquisição de autonomia como central neste processo, buscando a participação ativa do residente no seu aprendizado, considerando que este processo de aquisição deve ocorrer de forma gradual:

[...] tento fazer grupos – eu fazendo, eles olhando, e depois eles tentando guiar... tenho dificuldades, assim... tenho feito um esforço de tentar ser menos prescritivo no aprendizado, perguntar mais: e aí o que você faria? (GF 3, Preceptor 1)

Ainda nesta temática, a necessidade de estar atento e trabalhar o grau de dependência do residente em relação ao seu preceptor é vista por alguns preceptores como uma questão de grande relevância no processo pedagógico do residente:

[...] residente que não fez um atendimento sozinho, um exame físico sozinho, com dependência completa; ou outros que, fizeram tudo sozinhos. E aí eu peguei residentes que, ou demandam que eu esteja sempre presente – isso é demanda deles – e outros que, acham que são completamente independentes. E existe erro nos dois, como acerto nos dois, claro! [...] eu não sei o que eu temo mais: se aquele residente que me chama pouco, e acha que sabe tudo, ou aquele que me chama sempre, que acha que nada sabe. (GF 1, Preceptor 2)

[...] A demanda começou a vir só em coisas, em dúvidas que ele percebia que tinha, e não dúvidas que ele não percebia que tinha. (GF 1, Preceptor 1)

Existem outros preceptores que não parecem considerar a questão do grau de dependência como um problema a ser abordado e problematizado com o residente:

Tem residentes que querem que eu os acompanhe pertinho, de perto, quer que eu faça visita junto, que eu faça grupo junto, que eu faça ação junto, que eu fique do lado no atendimento... Alguns residentes querem, demandam essa atenção, e outros não querem. Eles querem que eu esteja ali quando eles precisarem e ai... eu de modo geral tenho tentado respeitar isso, no sentido de ficar mais próximo de quem se sente mais confortável com o acompanhamento ali, e os outros que não querem eu fico avaliando o prontuário, avalio quais são as condutas e ia se eu identifico algum caso que a pessoa não me chamou e tomou uma conduta que talvez não tivesse condizendo com aquilo ali, ai eu chamo e discuto o caso. (GF 3, Preceptor 2)

É nesse contexto que ganha destaque a discussão sobre as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que estão alicerçadas no princípio da autonomia. (GOMES et al, 2008) – espera-se formar um profissional que seja capaz de autogovernar o seu próprio processo de formação. (MITRE et al, 2008)

Foram descritos alguns recursos metodológicos usados pela preceptoria, tanto para supervisão da prática diária quanto para os momentos de avaliação do residente, mas que não foram aprofundados durante a discussão dos grupos. Seguindo a terminologia usada pelos próprios preceptores nos grupos focais, foram identificados os recursos descritos abaixo, considerando tanto as ferramentas de aprendizagem quanto os espaços e canais de comunicação:

- *Feedback*⁶ entre preceptor e residente: considerada como uma das ferramentas de aprendizagem mais utilizadas pelos preceptores, tanto para avaliação imediata de

⁶ Ferramenta de aprendizagem que se refere à informação dada ao aluno, que descreve e discute seu desempenho em determinada situação ou atividade. Ressalta as dissonâncias entre o resultado pretendido

determinada situação ou atividade do residente, quanto programadas com antecedência, com determinada periodicidade.

- *Feedback* ‘hipertrofiado’, com a participação de mais de um preceptor no momento de avaliação do residente, utilizado em situações que o preceptor considera de difícil abordagem, principalmente em relação a aspectos referentes a atitudes e posturas do residente.

- PBI⁷: Técnica de videogravação de consultas em saúde, com o objetivo de serem reproduzidas e discutidas em pequenos grupos, com a coordenação do preceptor. Com foco nas habilidades de comunicação do residente, são espaços pedagógicos onde este pode rever seus comportamentos e atitudes, possibilitando a discussão do significado das posturas que foram assumidas durante a consulta.

- ‘Almoço bate-papo’: espaço entre o preceptor e seus residentes (em média 4 residentes por preceptor), onde são discutidos assuntos clínicos de forma livre, trazidos tanto pelo preceptor quanto pelo residente; objetiva a criação de vínculos entre os residentes (R1 e R2) do mesmo preceptor, favorecendo trocas e apoio no aprendizado.

- Sessões clínicas: temas clínicos apresentados pelo residente ou pelo preceptor; sem descrição da metodologia usada.

- Contato por *e-mail*: utilizado enquanto um canal de comunicação com o residente, quando o preceptor tem dificuldades para iniciar a abordagem de determinada questão de forma oral; a questão é inicialmente introduzida por escrito e depois problematizada com o residente.

e o real, incentivando a mudança; também sinaliza os comportamentos adequados, motivando o indivíduo a repetir o acerto. O *feedback*, para ser efetivo, deve considerar um ambiente adequado e uma relação de confiança entre preceptor e residente; deve ser assertivo e específico; descritivo; respeitoso; oportuno; e específico. (ZEFERINO et al, 2007)

⁷ *Problem Based Interview* ou Entrevista Baseada em Problemas: É considerado o padrão-ouro do ensino de comunicação, por possibilitar a visualização de aspectos de comunicação verbal e não verbal. Em alguns países, como na Espanha, faz parte obrigatória da formação dos residentes em MFC; existem registros da sua utilização em diferentes espaços de formação – residências de outras especialidades e graduação em medicina – assim como forma de educação permanente e continuada para profissionais de saúde. (CARRIÓ et al, 2012).

Essas abordagens descritas pelos preceptores podem ser caracterizadas como tentativas de criação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, aonde a atitude pró-ativa do residente vem sendo valorizada e estimulada.

Então os residentes já chegam já consultaram a internet, já viram isso, já viram aquilo. Muitas vezes eles querem mais a segurança de você estar ali junto com eles pra ver se eles não estão fazendo besteira, do que propriamente uma orientação do que eles consultam. E mais rápido do que eu. E mais rápido do que eles tem acesso a mim, normalmente. (GF 2, Preceptor 6)

Eu... quando está muito corrido, vou discutir caso pontualmente [...] A gente revisa sempre – o estudo imediato é cotidiano, é sempre – prefiro que ele faça a busca ‘E aí, como é que tu buscaria isso?’ e ajudo nessa busca. (GF 2, Preceptor 2)

A discussão da supervisão do residente – supervisão de consultório, de atividades com grupos, de visita domiciliar – é uma das questões onde há maior diversidade entre os preceptores. Enquanto alguns refletem que o acompanhamento presencial é fundamental, inclusive modificando sua prática de preceptor, outros referem uma dinâmica mais de ‘apoio’ quando solicitados pelo residente.

No ano passado eu tive um problema com um residente, [...] a relação do preceptor com o residente, e vice-versa, era muito assim: eu estou acessível, estou sempre fazendo alguma coisa, mas também estou sempre acessível. Nunca foi ‘agora neste momento estou focado em você’, sempre foi ‘estou sempre acessível, mas estou sempre fazendo alguma coisa’. Então a relação que a gente tinha não foi agradável pra ele. Nem pra mim porque virou essa série de ruídos... Porque na verdade ele não se sentia cuidado, não se sentia observado, sendo avaliado, sendo testado, né, e ficava naquela ‘poxa, vou lá agora chatear o preceptor, vale a pena?’ (GF 1, Preceptor 1)

Assim, para alguns preceptores, o método de ficar disponível, aguardando a procura do residente, não foi avaliado como positivo. Nessa abordagem, fica a critério do residente buscar auxílio, e este pode muitas vezes não identificar as suas necessidades de aprendizagem:

A demanda começou a vir só em coisas, em dúvidas que ele percebia que tinha, e não dúvidas que ele não percebia que tinha [...]. Então essa relação pedagógica ‘estou disponível, mas estou fazendo algo’ não foi boa, que eu inclusive aboli. (GF 1, Preceptor 1)

Esse método também pode acabar dificultando que o residente faça observação da prática do preceptor, enquanto um modelo de especialista para o residente se espelhar. Botti (2009), no seu estudo sobre preceptoria, também identificou a existência de uma discordância entre os preceptores sobre a importância do seu papel de observar o residente enquanto este executa suas atividades. No entanto, assim como discutido

pelo autor, a observação das atividades diárias do residente pelo preceptor e a demonstração de como realizar determinados procedimentos são práticas que podem melhorar a aprendizagem do residente, além de contribuírem para a manutenção das habilidades clínicas do preceptor ao entrar na vida acadêmica.

A crítica dos preceptores a essa abordagem metodológica de ‘ficar disponível’ faz com que outras formas de supervisão do residente sejam desenvolvidas. O acompanhamento presencial das consultas do residente é uma delas. São descritas duas formas de realizar este acompanhamento. Uma forma de acompanhamento da consulta é através da técnica de ‘sombra’, onde o preceptor é um observador, sem interferência no decorrer da consulta. São levantados como pontos negativos a questão da passividade do preceptor durante a consulta e o desconforto sentido por alguns residentes com o fato de estarem sendo observados. Esta técnica, no nosso entendimento, parece se aproximar mais a uma atividade de avaliação.

Outra forma descrita foi a realização da consulta com alternância de papéis entre preceptor e residente: enquanto um faz o atendimento ao paciente, o outro faz os registros no prontuário, com troca de papéis na consulta subsequente. Em comparação à técnica de ‘sombra’, os preceptores identificam a alternância de papéis com maior potencial colaborativo entre preceptor e residente, além de ser um momento em que o preceptor ocupa o lugar de modelo de MFC no qual o residente se espelha:

O fato de eu escrever, me coloca menos como observador, mais como um consultor, um colaborador. Desmistifica um pouco também, não sei, se o fato de a gente alternar... uma hora você atende e eu escrevo; outra hora eu atendo, você escreve, e ele também se sente mais a vontade; e eu faço, ele vê, e eu também... Isso o nosso coordenador falava muito pra gente, e eu percebi isso no ano passado, com o meu residente... eles pegam nosso jeito, de falar, de fazer, porque você é... essa observação é importante, além de a gente observar ele, né? (GF 1, Preceptor 1)

Nesse sentido, apesar de existirem semelhanças de compreensão do processo de ensino-aprendizagem, é observada uma pluralidade metodológica no agir da preceptoria, novamente apontando para fragilidades na formação pedagógica do preceptor.

3.2 Competência técnica do preceptor enquanto especialista

Existe uma orientação – presente no decreto nacional que regulamenta pela primeira vez a residência médica – de que a preceptoria dos residentes deve ser

realizada por profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. (BRASIL, 1977) Esta referência à qualificação profissional do preceptor também é identificada nos Programas do GHC (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2010-2011), Espanha (COMISSION NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MFC, 2005) e Portugal (CARVALHO, 2004), que colocam as competências da especialidade como parâmetro para se considerar o que seria um ‘bom’ Médico de Família e Comunidade. Esta característica também é observada no trabalho de Botti (2009), que cita como atributos importantes do preceptor o conhecimento e habilidade em desempenhar procedimentos clínicos – além da competência pedagógica já abordada anteriormente.

Nos grupos focais, em relação a esta temática, identificam-se preceptores que verbalizaram uma preocupação em relação ao não domínio de determinadas competências da especialidade.

Isso me incomodava também, porque assim, tem algumas competências que eu não tenho. Eu não sei fazer tudo que ta lá no carteirômetro⁸ [...] Ai eles (Coordenação da Residência) falaram assim: ‘gente, a gente não quer que o preceptor – vocês tem que entender isso, sair desse imaginário – que o preceptor saiba fazer tudo [...] vocês não tem que saber tudo, vocês tem que ter é noção do que vocês sabem e do que vocês precisam aprender, em competência clínica. E do que precisa ensinar. E vocês tem que fazer que o residente de vocês também saia com essa visão critica. Porque assim, você sabe que você não sabe fazer cantoplastia, mas se algum paciente seu precisar, ou você pode aprender ou você pode pedir a um amigo seu pra te socorrer, um colega. Porque na medicina tem muito isso. Então, uma hora, você vai aprender. Mas se agora não ta dando pra aprender, calma. Tem outra coisa que você faz que tem colega seu que não faz. Então, essa troca de conhecimento é importante. E é isso que os seus residentes tem que levar.’ (GF 3, Preceptor 3)

Por um lado, identifica-se nessa fala uma valorização a importância do preceptor ser um especialista com competência profissional reconhecida, dentro da sua especialidade. Mas, ao mesmo tempo, o preceptor já assume uma fala crítica em relação a essa questão, onde há um questionamento ao imaginário do preceptor como detentor de todo o conhecimento da especialidade.

Essa crítica nos permite fazer um paralelo com o conceito de metacognição do Construtivismo, compreendido tanto como a tomada de consciência dos processos e das competências necessárias para a realização da tarefa, como a capacidade para avaliar a execução da tarefa e fazer correções quando necessário. (RIBEIRO, 2003). Botti (2009),

⁸ Referente à Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde, documento da SMS-RJ com a lista de procedimentos médicos a serem executados nas Clínicas da Família, que visa nortear as ações de saúde na atenção primária oferecidas à população no Município do Rio de Janeiro. (SMS-RJ/SUBPAV, 2010)

referenciando-se a Klass, traz a idéia da metacognição como fundamental para o ensino médico – assim como na prática médica – onde o profissional passa a examinar a própria prática, acompanhando o seu processo de ensino-aprendizagem e buscando suas necessidades educacionais. Seguindo esse pensamento, podemos compreender que também o preceptor deve desenvolver a capacidade de metacognição com base em suas atividades práticas, refletindo sobre elas e buscando novas competências que ele julgue necessárias para melhorar sua *performance* como especialista.

A possibilidade de realizar a busca de conhecimento compartilhada com o residente é vista como positiva, reafirmando uma postura pró-ativa do residente no seu processo de conhecimento e questionando a idéia do preceptor como o detentor de todo o conhecimento técnico:

Então, em alguns momentos já me senti mais assim desconfortável por não saber alguma coisa que de repente o residente vinha me perguntar. E assim, como o conhecimento esta em construção a todo tempo, eu mudei um pouco de atitude, dizendo: olha, isso eu também não sei. Já consegui em alguns... quase todas às vezes: olha, vamos ver juntos ali, agora? (GF 3, Preceptor 4)

Ai, quando às vezes eu fico angustiado de pensar, nossa tudo que eu devia saber, e às vezes eu digo: não sei, vamos ver juntos, ler isso junto, isso aqui eu não me lembro e eu preciso que você veja. (GF 3, Preceptor 4)

3.3. A responsabilidade pela formação ética

Tradicionalmente, a idéia de discussão da ética na formação médica é relacionada à apresentação do código de ética profissional, ou à identificação e reprodução de modelos de prática profissional idealizados. (REGO, 2003; BOTTI, 2009) No entanto, o que se observa é que apenas a ‘pactuação corporativa sobre o que é permitido e negado fazer, mostra-se insuficientes para assegurar o cumprimento social implícito na formação profissional.’ (REGO et al, 2004). Esta prática de ensino não favorece o desenvolvimento da competência moral do estudante, tanto por trazer a idéia equivocada de que a moral se resume a um conjunto de normas e princípios pré-estabelecidos a serem seguidos pelo estudante – portanto heterônoma a ele –, quanto por poder resultar numa diminuição da capacidade dos estudantes ou recém-formado de tomarem decisões éticas autônomas e coerentes no seu cotidiano de trabalho.

Dentro dessa crítica se insere a discussão de bioética. Para Rego (2004),

A bioética questiona o caráter “absoluto” e “descontextualizado” dos valores, direitos e princípios num mundo onde se confrontam interesses e valores e que, em sociedades democráticas que possuem instituições democráticas e laicas, como a nossa, só devem ser resolvidos por meio do diálogo, respeitando-se as diferenças e tendo em vista acordos e, quando possível, alguma forma de consenso. (REGO et al, 2004, p 169)

Para este autor, o ambiente de ensino está relacionado a estas práticas. Quanto mais autoritário e pouco participativo, menor será a capacidade de promoção de espaços de diálogos e o desenvolvimento de autonomia para decisões éticas do aprendiz. A existência de ambientes de ensino mais democráticos favorece que os sujeitos reflitam sobre as regras existentes, produzindo consensos e levando-os, progressivamente, a um comportamento autônomo. Nesse sentido que se insere a participação do preceptor.

O que observamos é que essa responsabilidade pela formação moral e ética do residente é apontada pelos preceptores como uma dificuldade e geradora de angústia para o preceptor.

A ausência de um acompanhamento das atividades cotidianas do residente pelo preceptor, de forma presencial, é apontada como um problema para a identificação e problematização de questões referentes a posturas e atitudes do aprendiz:

[...] tem uma atitude péssima, mas não vê que tem uma atitude péssima, ela se acha assim... super gente boa. E ela não é! Então, por exemplo, pra essa menina, não adianta eu ficar sentado do lado de fora da sala, esperando ela passar o caso pra mim. Ela vai vir, vai passar o caso, a parte biomédica tranqüilo tal... e vai voltar pra lá e eu não vou ver o que ela está fazendo na sala. E aí, depois, eu vou começar a ouvir reclamação – foi o que aconteceu, comecei a ouvir reclamação – de que não foi ouvido, de paciente que não foi ouvido, de que a doutora não deu atenção, que deu um fora... (GF 3, Preceptor 1)

A maioria dos preceptores refere utilizar-se do diálogo direto com o residente para abordar essas questões. Os momentos de *feedback* entre preceptor e residente, já citados anteriormente, foram colocados como espaços com potencial para abordar essas posturas. Alguns preceptores já incorporaram em suas agendas horários programados para essa atividade, que ocorrem com determinada frequência com cada um de seus residentes. Os preceptores avaliam que o fato desse momento já estar previsto na agenda de ambos como uma atividade rotineira da residência facilita que o diálogo ocorra, inclusive para abordar questões de natureza ética:

Num primeiro momento eu recebi a denúncia. Me ajudou, o fato de eu já ter programado com ele o momento de... esse momento de segunda-feira, que é o de *feedback*, e aí eu sentei e falei, olha: ‘Está acontecendo isso, recebi essa denúncia, a coisa não está muito clara, porque é grave, e tem consequências

legais.’ O que aconteceu? Eu recebi a resposta dele – ele negou. ‘Que bom, seja mais cuidadoso, a nossa profissão é muito exposta’. É... mas o fato de ter essa conversa marcada, de não precisar nem um espaço... eu acho que está sendo muito bom nesse ponto. (GF 1, Preceptor 1)

É nesse espaço de diálogo entre preceptor e residente que se espera que as questões referentes aos valores e atitudes do residente – consideradas enquanto uma construção a partir de características e oportunidades de interação do residente-sujeito com o seu meio – sejam identificadas e problematizadas pelo preceptor. Nesse diálogo caberia ao preceptor provocar conflitos cognitivos capazes de gerar questionamentos sobre os valores trazidos pelo residente, a fim de potencializar abertura para a elaboração de uma nova estrutura de pensamento do aprendiz. (REGO, 2011; REGO et al, 2008).

No entanto, apesar dos preceptores relatarem que existe uma escuta da percepção e compreensão que o residente tem sobre o fato em discussão, estes não relataram como é feita essa escuta, ou se é realizada alguma forma de problematização da compreensão trazida pelo residente.

A gente sempre tenta utilizar aquele reforço positivo inicial, dizer os pontos que você acertou, mas dizer o que teve de errado... Mas realmente eu não sei o que eu fiz. Eu não consigo entender a metodologia que eu usei. Mas sim, eu tentei ao máximo ser delicada, ao máximo fazer o reforço positivo [...] (GF 1, Preceptor 3)

Para situações éticas de maior complexidade, consideradas de difícil abordagem pelo preceptor, ou em que a abordagem realizada pelo preceptor não foi considerada suficiente, a possibilidade de utilizar outras formas de comunicação são apontadas pelos preceptores. Assim, uma técnica identificada como sendo de grande potencial foi a utilização do PBI – técnica de videogravação de consultas já referida anteriormente – sendo utilizada para problematizar a relação médico-paciente, com o objetivo de desenvolver habilidades de comunicação do residente:

Uma parada que a gente tá usando que é muito boa, pra ponto cego, pra cara que não vê, uma coisa que a gente faz é a filmagem. Eu acho sensacional. O PBI. [...] Pra ponto cego em relação à atitude, em comunicação clínica. Em deficiência de comunicação. O cara achar que ele está construindo um plano com o paciente, mas na verdade está ditando uma ordem para o paciente. Assim, o residente não conseguir perceber a diferença nisso, entendeu? (GF 3, Preceptor 1)

Outra alternativa sinalizada como positiva foi a inclusão de outro preceptor para fazer conjuntamente o diálogo com o residente:

O *feedback* é maravilhoso – é.. tem várias outras coisa pra fazer, é claro, mas o *feedback* é um dos principais, agora... uma coisa que a gente faz também às vezes é dar o *feedback* em conjunto, dar uma hipertrofiada no *feedback*, chamar mais um preceptor... (GF 1, Preceptor 5)

Esse movimento de ampliar a discussão com outros preceptores foi citado como positivo, tanto para apoio ao preceptor quanto no intuito de incluir outros pontos de vista sobre a questão discutida:

Diálogo:

[...] mas quando uma coisa ta me consumindo muito, e eu sinto a necessidade de falar, e eu acho que não vou ter aquela capacidade de você perguntar legal, eu peço ajuda pro outro preceptor que está lá: ‘Pô, vamos juntos, o que você acha, como que a gente pode colocar isso?’ Porque, senão vai ficar muito pessoal, muito personificado... aquele dois... colocar mais gente pra ajudar você também. (GF 1, Preceptor 4)

Isso é verdade. Ter parceiros é muito importante. Aqui somos cinco preceptores, isso é ótimo.[...] Cada um com uma formação diferente, um é músico, o outro é zen, o outro... cada um tem um jeito de resolver o problema, com certeza. (GF 1, Preceptor 1)

Também foi relatada a importância de incluir e valorizar a opinião de outros trabalhadores da equipe para enriquecer a avaliação de postura e atitude do residente, inclusive utilizando o próprio espaço de reunião de equipe. Identifica-se uma compreensão do preceptor enquanto parte de uma equipe, integrando e sentindo-se pertencendo a um serviço:

[...] a enfermeira, sempre de um jeito crítico e participante desse processo de ensino-aprendizado e tal, e vem falar: ‘Oh, fulano ta fazendo assim’. Eu respeito muito a opinião dela, a gente tem uma convivência muito boa, excelente enfermeira, enfim... acho que esse momentinho é bacana de ter. Já sabe que a gente vai conversar. E aí não preciso estar construindo um momento pra fazer isso. (GF 1, Preceptor 1)

Quando as coisas são da equipe, a gente discute na reunião de equipe, a gente lava roupa suja. Então, por exemplo, algum residente foi mal educado com algum ACS, enfermeira, ACS, enfim... a gente discute na reunião. (GF 1, Preceptor 2)

Outra forma de comunicação – que não o diálogo com o residente ou o PBI – é levantada como alternativa para a abordagem dessas questões:

Assim, elogiar é muito mais fácil do que você tentar corrigir, pelo menos pra mim. Eu tenho mais facilidade pra fazer o reforço positivo do que pra corrigir. Eu tento sempre é... muitas vezes eu não consigo fazer oral, então eu faço por escrito. [...] Eu escrevo, e aí depois, num dado momento, isso vira demanda, e oriento verbalmente. Então essa coisa de usar os mecanismos que a gente tem de comunicação, que não é só tet-a-tet, ajuda muito. (GF 3, Preceptor 1)

A atitude do preceptor de incluir outros profissionais nas discussões com os residentes – tanto colegas preceptores quanto os membros da equipe de saúde – parece

ser um movimento com grande potencial para enriquecer o processo de desenvolvimento moral e ético do residente. Por um lado, sugere que o preceptor se reconhece também enquanto um sujeito com um sistema de valores e crenças próprio que resultam em determinada compreensão da realidade – que não deve simplesmente ser imposta ao residente – e que tem abertura para outros pontos de vista. Por outro lado, exercita as relações democráticas e o diálogo dentro da equipe, respeitando e considerando os demais integrantes da equipe enquanto sujeitos. Ambas situações podem favorecer que se criem relações com menor desequilíbrio de poder entre as partes – preceptor-residente, residente-colegas, preceptor-colegas. E, se as relações entre os trabalhadores são mais democráticas, existe maior potencial para que também a relação com o usuário seja mais horizontal.

Em um sentido oposto, ainda que de forma pontual, identifica-se uma fala onde a postura e a atitude do residente é vista como se pudesse ser considerada apenas como uma questão de treinamento:

E aí eu fico: até que ponto eu vou ter que ficar dando *feedback*, *feedback*, *feedback*? Será que essa moça é treinável, mesmo? Será que o meu *feedback* vai adiantar alguma coisa um dia? Porque tem três meses você dando *feedback*, e a pessoa não tem esse estalo. Então eu fico assim, a gente fica assim, pensando nessa questão da comunicação, na postura, no trabalho cordial, e tentando passar isso pra preceptoria, a gente discute muito isso enquanto preceptores... e até que ponto, eu consigo treinar um residente pra isso? Até que ponto isso não é também bom senso, tá entendendo? (GF 1, Preceptor 3)

A responsabilidade com o trabalho, que o residente deve ter ou desenvolver durante a residência, é um tema do campo ético que gera bastante discussão entre os preceptores em relação a como ser abordado. Por um lado, a necessidade do preceptor ser um exemplo ético – e de responsabilidade – a ser seguido pelo residente é trazido como importante. Essa questão do preceptor acabar assumindo o lugar de modelo, tanto para o desenvolvimento e crescimento pessoal do recém-graduado, quando para auxiliar no seu desenvolvimento moral e ética, também é identificada em outros trabalhos. (BOTTI, 2009).

Diálogo:

Parece uma coisa assim... tão simples, de responsabilidade, de chegar no horário, quando vai para uma aula, ter a consideração de desmarcar aquela agenda, ligar pra pessoa pra pessoa não chegar lá e dar com a cara na porta. São coisas muito básicas, que eu tenho a impressão de que muitas vezes elas não tiveram o exemplo de como lidar com isso. Elas tão entrando na vida profissional também. Eu acho que responsabilidade é uma coisa assim, um pouco de caráter, mas também se aprende um pouco, se aprende. (GF 2, Preceptor 1)

Pro residente, com certeza, é importante ele ver você fazendo isso, inclusive. É aprender a atitude, inclusive. (GF 2, Preceptor 3)
 [...] o importante não é falar, o importante é fazer. Eu acho que os residentes pegam muito pelo exemplo. Eles escrevem a consulta do jeito que tu escreve [...] eles atendem o paciente do jeito que tu atende. (GF 2, Preceptor 4)

Ao mesmo tempo, existe um conflito entre os preceptores em relação até que ponto algumas atitudes e posturas devem ser de responsabilidade pedagógica do preceptor, ou até se deveriam ser de competência da própria residência:

Diálogo:

A questão é que ela não conseguia compreender o que ela tinha feito. Ela não conseguia entender, que aquilo era grave. [...] E aí eu fico angustiado sem saber como lidar com a situação – porque afinal a gente está numa relação que é educadora – é como mediar esse conflito, né? (GF 2, Preceptor 3)

Educar marmanjo não dá, né cara. Explicar pra uma mulher de 50 anos que ela tem que ter responsabilidade? (GF 2, Preceptor 4)

Isso é um conflito que eu to tentando resolver. (GF 2, Preceptor 1)

É um conflito. Porque ao mesmo tempo é uma relação de educador, uma relação de construção de... (GF 2, Preceptor 3)

A gente não pode ensinar a pessoa a ser gente. (GF 2, Preceptor 1)

Não é só ensinar a ser gente. Educar também tem relação com isso. (GF 2, Preceptor 3)

Essas questões éticas, relacionadas à falta de cumprimento das responsabilidades profissionais do residente com o trabalho desenvolvido, geram grande angústia nos preceptores. Alguns identificam que existe um determinado momento em que não se sentem mais capazes de conduzir a situação, e sentem a necessidade da existência de algum suporte:

Então, tentei falar, não resolveu, tentei falar de novo, tentei dialogar – abre o jogo comigo, sabe – é muito difícil construir uma relação longitudinal, sem jogar limpo. [...] E não tendo resultado do diálogo, eu fiz um relatório pra coordenação da residência. E assim.. gente, eu tenho grande dificuldade de lidar com gente que não está levando o trabalho a sério. [...] isso me causa uma grande intolerância, às vezes, sabe... e eu estou tendo dificuldade de lidar com isso. [...] e eu não aceito esse movimento de trabalhar mais ou menos, sabe... trabalhar sem responsabilidade, eu não sei o que fazer... e aí eu me pergunto também:[...] quando eu busco a coordenação?... Isso é muito difícil... e aí eu precisei apelar pra essa relatório. Mas eu acho que nesse sentido, assim, a gente devia ter um suporte. (GF 1, Preceptor 2)

Interessante perceber como existem questionamentos em relação à responsabilidade do preceptor pelo desenvolvimento da formação moral e ética do residente. Esses questionamentos talvez sejam reflexo, em primeiro lugar, da própria complexidade do assunto. Mas talvez sejam reflexo também da lógica com que tradicionalmente essa temática é abordada durante a graduação médica, como discutido

anteriormente. Muitas vezes a questão foi reduzida nos currículos de graduação a disciplinas isoladas, e abordada apenas como uma prescrição das melhores condutas profissionais.

No entanto, como exposto anteriormente, considera-se aqui que o objetivo não deve ser centrado no ensinamento de atitudes morais para os médicos, mas sim em transformar o saber do que é certo em ação. Nessa compreensão, o que se discute é a necessidade de uma formação para a democracia, onde relações democráticas passem a questionar a lógica de autoritarismo instituída nas escolas e serviços de saúde – na relação do preceptor-residente, residente-colegas, residente-usuário. (REGO, 2011; REGO et al, 2008; FEUERWERKER, 2011).

Deste modo, uma primeira questão passa pelo reconhecimento de que todas as pessoas envolvidas no processo educativo devem assumir esse papel. Portanto, a residência médica – enquanto um processo educacional – também tem a responsabilidade por essa formação – e não apenas responsabilidade pelos aspectos técnicos. E o preceptor, considerando seu acompanhamento cotidiano do residente e observação das relações estabelecidas pelo aprendiz, assume centralidade nesse processo.

A relação do preceptor com as Coordenações das Residências foi um tema pouco discutido nos grupos. Foi observado em dois grupos, justamente quando se discutiu a questão da responsabilidade do preceptor pela formação moral e ética do residente. Como descrito acima, é explicitada uma necessidade de apoio da Coordenação, além da falta de clareza em relação a quando o preceptor deve acessá-la. A possibilidade de incluir um mediador externo, viabilizado pela Coordenação da Residência, é sugerida entre os preceptores como positiva:

[...] ter um mediador dessa conversa [...] Eu acho que talvez seja uma coisa pra vocês levarem pra Coordenação da Residência, de ter um mediador... (GF 3, Preceptor 3)

Esta parece ser uma importante função da Coordenação, entre outras que não foram abordadas neste trabalho.

Nesse sentido, um preceptor de um dos programas de RMMFC participantes da pesquisa referiu dispor de um suporte existente na Instituição de Ensino à qual a

residência está vinculada. Essa questão é destacada pelos preceptores como um diferencial entre os programas:

Diálogo:

[...] é um serviço da Instituição que ajuda, ajuda a saber se a pessoa vai seguindo aquele caminho ou se ela vai desistir. E ele tem esse efeito, assim quando a gente já está perdido, a gente tem o serviço de apoio. (GF 3, Preceptor 3)

Você não se desespera sozinha. (GF 3, Moderador)

Não! Tem o Serviço de Apoio Psicopedagógico. (GF 3, Preceptor 3)

Esse é um lance que eu acho legal, de uma residência que tem uma Instituição por trás. (GF 3, Preceptor 1)

Mas por quê? Como é que você se sente? (GF 3, Moderadora)

Ah, menos amparado, né? Pelo fato da residência ser a gente mesmo, e é isso mesmo e acabou, assim... Tipo, a gente tem que dar conta – claro que tem a Coordenação, que tem vínculos com várias Instituições – mas acho que não é tão assessorado quanto uma residência de uma universidade. To refletindo, assim, pode ser uma coisa que talvez dê um pouco mais de tranquilidade. (GF 3, Preceptor 1)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grupo de preceptores pesquisados, muitos vindos de fora do estado do Rio de Janeiro, caracterizou-se por ser um grupo formado por profissionais jovens que se encontram, portanto, no início da vida profissional, em fase de afirmação no mercado de trabalho. Observou-se certa semelhança nos relatos sobre as trajetórias pessoais e profissionais, nos fazendo inferir que a construção de uma identidade comum se correlaciona com um ideal de vida profissional.

É importante destacar que os Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro estão vinculados a uma mesma lógica de contratação do residente pela SMS-RJ, com remuneração específica e com responsabilidade pela composição de uma ESF enquanto MFC, o que tende a provocar alguma uniformização dos programas e no lugar da preceptoria neste modelo.

A criação de um novo modelo de residência – e, portanto, de uma nova prática de preceptoria – acaba exigindo também a formação de um “novo profissional”, possuidor de uma construção identitária em formação. Assim, não é pretensão deste trabalho compreender a formação da identidade do preceptor como algo acabado e imutável; ao contrário, como algo que está em permanente construção e sujeito a múltiplas tensões cotidianas; tensões estas que podem ser internas ao espaço do trabalho, mas externas a ele também. Especificamente neste estudo, procuramos identificar e compreender principalmente as interações que são internas ao trabalho, a partir das falas dos preceptores. Compreender sua agenda de trabalho e as disputas dessa agenda; compreender como o preceptor percebe as atribuições da preceptoria; procurando identificar a interferência dessas questões na construção da sua identidade profissional.

Assim, algumas questões de fundamental relevância foram observadas: os programas de residência não se diferenciam profundamente entre si e a existência de uma agenda de trabalho pouca organizada, acaba por produzir uma demanda excessiva de trabalho. Considerando que o modelo atual de residência proporciona ao preceptor mais tempo livre na sua agenda – já que existe uma menor responsabilidade pelo atendimento direto da população e pelas responsabilidades cotidianas de um MFC – poderia levar a uma maior disponibilidade desse tempo para as atividades de formação do residente. No entanto, essa relação não é direta. O que se observa é que esse espaço

‘livre’ na agenda do preceptor, quando pouco estruturado, é disputado por inúmeras outras atividades não diretamente relacionadas à formação.

Em relação às atividades presentes na agenda de trabalho do preceptor, o envolvimento com a gestão do serviço é uma questão recorrente e bastante enfatizada pelos preceptores. Interessante destacar esta questão na construção de identidade do preceptor, como movimento que sinaliza para uma compreensão de uma responsabilidade política deste ator. Existe o reconhecimento da participação na gestão dos processos de trabalho do serviço de saúde como algo fundamental – às vezes como forma de fortalecer a organização do ensino; outras vezes também como forma de disputa das práticas de saúde do serviço.

Outra atividade não específica da preceptoria e que parece estar muito presente na sua agenda é a Responsabilidade Técnica do serviço de saúde. Em alguma medida, esta também pode ser uma demanda externa à formação, colocada pela gestão local, que tensiona a agenda do preceptor. O que se observou foi a existência de um movimento ativo do preceptor nessa direção; mesmo considerando a importância presente nessa função, até como possibilidade de disputa de modelo dentro do serviço, essa questão pode suscitar um questionamento sobre o acúmulo e sobrecarga de trabalho com mais uma atividade. Cabe ponderar quanto um compartilhamento de tal função não seria necessário e importante, tanto para diminuir a sobrecarga de trabalho do preceptor quanto para aumentar a participação e empoderamento de outros médicos do serviço, que não são preceptores.

Outra particularidade identificada neste estudo que parece estar caracterizando o agir da preceptoria é a centralidade dada ao atendimento médico individual, em detrimento de outras atividades de atenção à saúde características da APS. Podemos inferir que isso significa uma aproximação a um modelo mais centrado no saber médico, exercido dentro do espaço do consultório – talvez centrado na doença – o que pode representar uma tendência a uma abordagem mais biomédica, tanto pelos preceptores quanto pelos residentes em formação. Mas essa é uma questão que necessitaria de maior estudo, com observação do cotidiano de trabalho, identificando quais os arranjos que se estabelecem entre as práticas de saúde e suas relações com a produção do cuidado.

Também observamos que, apesar do preceptor não ter uma agenda de atendimentos própria – orientação geral do atual modelo de residência –, acaba fazendo

um grande número de atendimentos, seja por sobrecarga ou ausência do residente, ou ainda pela falta de outro profissional para esse lugar. Assim, o preceptor vai ocupando um lugar onde se torna integrante das equipes de saúde com residente, além de personagem de suporte importante do serviço de saúde como um todo. Mas, nesse papel de suporte, muitas vezes acaba fazendo os atendimentos individualmente, sem a observação e/ou participação do residente. Nessa dinâmica acaba-se perdendo a riqueza da observação direta da sua prática pelo aprendiz – momento em que poderiam ocupar o lugar de exemplo e modelo de especialista para o residente.

Entre os preceptores participantes da pesquisa existe uma crítica importante a existência de uma relação ensino-serviço polarizada, para ambas as partes. Assim, quando assumem esse lugar de suporte descrito anteriormente, verbalizam explicitamente a existência de uma responsabilidade que tem com o serviço de saúde e os usuários, e não apenas com o residente e com o ensino. Assim, sua responsabilidade pela formação pedagógica do residente não o distancia das responsabilidades com o serviço de saúde; não restringem as suas responsabilidades apenas ao lugar de ‘formador’, assumindo uma crítica a um modelo de preceptor que alguns experimentaram durante sua formação – um preceptor com menor vínculo e distanciado do serviço. Nessa relação entre ensino-serviço, acabam também ocupando um lugar de elo entre o residente e o serviço de saúde, mediando as relações e conflitos existentes. Pelas falas, percebe-se uma atitude de compartilhamento e solidariedade na intencionalidade do sentido de ser preceptor. Desta maneira os preceptores se revelaram como pessoas de relacionamento solidário com os outros colegas preceptores e com os seus residentes, através do envolvimento e compartilhamento no trabalho, preocupação, oferta de apoio e disponibilidade integral. Também manifestam entusiasmo e disposição com a produção de seu trabalho, inclusive envolvendo-se em outras atribuições, como a responsabilidade técnica discutida anteriormente, de maneira espontânea e quase imediata.

Em relação às atribuições necessárias para a preceptoria, observa-se ainda uma falta de apropriação conceitual em relação à discussão pedagógica – o que provavelmente se reflete na sua prática cotidiana de preceptoria. Os preceptores trazem no discurso a idéia das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, mas ainda com um embasamento teórico não tão claro sobre o que seja. Nessa questão, concordamos com os autores que enfatizam a importância desta competência para a preceptoria. Assim,

consideramos a atribuição pedagógica e a responsabilidade pelo processo ensino-aprendizagem do residente como fundamental para a prática de preceptoria nos PRMMFC do RJ. No caso em estudo, do nosso ponto de vista, quanto mais este preceptor encontra-se afastado da prática cotidiana do especialista – quando se esperaria que assumisse o lugar de exemplo direto para observação pelo aprendiz – mais necessário se torna que o preceptor se aproprie do processo de ensino-aprendizagem do residente. Uma maior participação e valoração desta atribuição pelas coordenações das residências parece ser necessária.

Assim como ocorre com docentes dos cursos de medicina – e outros cursos –, a fragilidade pedagógica do preceptor pode estar refletindo também uma certa disposição que a própria Universidade possui em não profissionalizar seus docentes. Qualquer um pode se tornar docente, basta que seja um especialista na área, sem necessidade de alguma formação pedagógica ou didática. O resultado é o que vemos: professores que são apenas especialistas na profissão, e não educadores. Ensinando de formas individuais, de acordo com a sua própria experiência enquanto aluno, como aprenderam enquanto estudantes durante sua graduação.

Ainda em relação às atribuições da preceptoria, a questão do preceptor ser uma referência técnica, com competência profissional na especialidade, parece não gerar conflitos ou questionamentos pelos preceptores, ao mesmo tempo em que são críticos a idéia de terminalidade na formação profissional, valorizando e identificando-se em constante processo de formação. Por outro lado, identificamos uma dificuldade de compreensão dos preceptores sobre a responsabilidade pela formação ética e moral do residente, pois ainda parecem existir dúvidas sobre a sua importância e sobre a sua relação com o processo educativo do aprendiz. Nesta questão, uma maior participação das coordenações das residências também se torna fundamental.

Tanto as questões discutidas sobre a agenda de trabalho do preceptor – excesso de atividades e falta de organização – quando a pluralidade conceitual e metodológica no agir da preceptoria podem estar refletindo a falta de uma maior orientação e proposta de trabalho para a preceptoria pelas próprias coordenações das residências. Mas, por outro lado, podem também estar relacionadas à recente implantação da residência de MFC em vários dos serviços de saúde municipais e à recente expansão da APS no município do Rio de Janeiro. Considerando o curto tempo de implantação dos serviços – muitos a partir do ano de 2009 – é esperado que exista uma necessidade de organizar

questões estruturais dos serviços de saúde, e a agenda de trabalho do preceptor é tencionado para este pólo. Soma-se a isso o fato da maioria dos preceptores participantes da pesquisa terem poucos anos de experiência profissional, tanto na especialidade quanto no papel de preceptor, conforme dito anteriormente.

Retomando a questão da agenda, talvez uma das questões seja definir quanto tempo da sua agenda o preceptor deve dispensar para outras atividades e qual a importância delas dentro das suas atribuições, sem comprometer as atividades que são específicas e de responsabilidade do preceptor, como o acompanhamento dos residentes. Existe uma necessidade de resignificar o suposto tempo ‘livre’, considerando que também a organização e o planejamento das atividades de formação demandam tempo e às vezes não estão dimensionadas na agenda.

Reiterando as ponderações em relação à nova proposta de preceptoria e suas consequências na identidade profissional em formação, considerando que existe nesta proposta certo grau de afastamento do MFC das suas atribuições enquanto especialista para assumir um lugar de preceptor, também identificamos nesse movimento a existência de algum grau de distanciamento do ‘agir’ médico. Esta tensão entre as atividades de preceptoria e do especialista em MFC traz consequências na construção da identidade do profissional médico-preceptor.

O preceptor parece estar transitando entre essas identidades, com certo sentimento de perda de referência, ainda sem identidade profissional clara. Esse preceptor jovem, que ainda encontra-se em formação e relativamente tem pouca experiência médica na sua própria especialidade, quando assume a responsabilidade de preceptoria, parece ainda também estar buscando caminhos que reforcem sua identidade de médico. Assim, manifestam desejo e movimentos em manter a identidade de ‘médico’ – poderíamos dizer que essa identidade ainda estava em construção –, o que pode estar contribuindo para a presença de certa confusão entre as responsabilidades que assumem.

Na construção desta identidade, identificamos um movimento no sentido de assumir o que vamos chamar de um protagonismo político do preceptor. Como já referido anteriormente, o preceptor valoriza a participação nos espaços de gestão local e reconhece o seu papel na construção e disputa de um modelo de atenção à saúde dentro do serviço. Mas há também uma discussão entre alguns preceptores sobre a necessidade

e desejo de serem participantes não apenas da construção do processo pedagógico da residência, mas também participantes na discussão dos rumos da formação da RMMFC e qual o perfil de MFC a ser formado, através da participação na discussão do projeto político-pedagógico da residência.

Nessa questão, entendem a residência – e o exercício da preceptoria – tanto como produto quanto (re)produtora de um determinado modelo. Percebe-se uma valorização dos encontros que acontecem entre preceptores como espaços para reflexão e decisão compartilhada da construção da residência.

É nesse mesmo movimento que identificamos uma crítica à prática da preceptoria estar excessivamente centrada na supervisão de consultório. Nessa crítica, alguns preceptores fazem uma analogia ao modelo assistencial de APS que vem se desenhando no Rio de Janeiro – reflexo de uma disputa maior de modelos assistenciais – e a sua relação com o modelo de RMMFC. Inclusive vamos encontrar reflexos dessa disputa também no âmbito da especialidade de MFC.

Mesmo considerando a existência e influência do modelo biomédico nas práticas de saúde deste profissional – que muitas vezes acabam também sendo reforçadas pelas políticas de saúde instituídas e modelos assistenciais – o preceptor sinaliza movimentos internos de questionamentos. Assim, apesar de sofrer influências que determinam em parte a sua ação, também se entende como um sujeito neste processo e sinaliza com a possibilidade de pensar a preceptoria enquanto um grupo de sujeitos, participativos do processo de construção dos rumos da residência.

A possibilidade de se compreenderem e atuarem enquanto grupo, parece abrir possibilidade para lidar com as determinações impostas de forma mais livre, criando maior autonomia frente a esse contexto e novas possibilidades de desalienação dos sujeitos; mas a reflexão sobre esta questão ainda parece incipiente entre os preceptores. Parece existir a necessidade de um maior empoderamento em relação às questões que estão postas, possibilitando que o preceptor assuma de forma mais explícita sua posição e atuação nesta construção.

O fato dos preceptores estarem presentes em diferentes espaços e funções do serviço – seja na participação da gestão da Clínica ou enquanto suporte e referência técnica tanto para os residentes quanto para as equipes não vinculadas diretamente à

residência – tem tornado mais legítima a presença deste profissional dentro do serviço de saúde, podendo assim ampliar a sua capacidade de direcionamento da micropolítica do serviço.

Assim, consideramos que o presente trabalho deve ser entendido enquanto produto de um mestrado profissional, que tem ênfase nas concepções e práticas que vem ocorrendo na APS municipal e que pretende contribuir para a consolidação deste modelo assistencial no município. Este trabalho reafirma estas intenções, pretendendo contribuir com uma primeira descrição e análise de como vem ocorrendo a prática da preceptoria da RMMFC no Rio de Janeiro, iniciada em 2012. Com a atual política nacional para a formação de profissionais e especialistas médicos, que prevê um aumento progressivo das vagas de residência de MFC no Brasil para os próximos anos, podendo chegar a 40% do total de vagas de residência médica oferecidas no ano de 2018, se por um lado fortalece a idéia de uma reorientação do modelo assistencial – para uma APS de qualidade, integral e abrangente – e para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, também torna urgente a sua discussão nas agendas políticas dos gestores e dos órgãos formadores do SUS, incluindo as Instituições de Ensino Superior.

A necessidade de reflexão sobre novas modelagens de residência, que trabalhem com grande escala e maior protagonismo da gestão municipal, traz junto a necessidade de pensar a prática da preceptoria e a participação de novos preceptores, provavelmente com pouca experiência na função.

Finalizando, este estudo pretende contribuir apontando algumas fragilidades e fortalezas no agir da preceptoria, sinalizando possíveis caminhos e desdobramentos futuros. Pensando em enriquecer esta reflexão, seriam interessantes também estudos que permitissem uma percepção de outros atores envolvidos neste processo, como os próprios residentes, as coordenações, os usuários e equipes/demais trabalhadores envolvidos no cotidiano de trabalho da RMMFC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade* v.13, n.3, p.16-29, set/dez 2004.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARBOUR, R. *Grupos focais*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARRETO, V. H. L. et al. Papel do preceptor na da atenção primária em saúde na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 35, n. 4, p. 578-583, 2011.

BONET, O. A. R. Os médicos da pessoa. Um estudo comparativo sobre a construção de uma identidade profissional. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ, PPGAS, 2003.

BOTTI, S. O papel do preceptor na formação de médicos residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto Nº 80.281 de 05/09/1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 06/09/1977.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNRM 02/2006. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13079&Itemid=506> Acesso em 04/11/12.

CAMARGO JUNIOR. K. R. A biomedicina. *PHISIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento): 177-201, 2005.

CAMPOS, C. E. A.; IZECKSOHN, M. M. V. Análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil. *Rev APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 148-155, abr/jun 2010.

CAMPOS, C. V. A.; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do programa de saúde da família. *Rev Adm Pública – Rio de Janeiro* 42(2):347-68, Mar/abr 2008.

CAMPOS, W. S. C. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, W. S. C. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARRIÓ, F. B; et al. Utilização de filmagem de consultas para o aprendizado. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

CARVALHO, F; et al. Perfil de competências do orientador de formação. *Rev Port Clin Geral*, v. 20, p. 147-52, 2004.

CEZAR, P. H. N. et al. Transição paradigmática na educação médica: um olhar construtivista dirigido à aprendizagem baseada em problema. *Rev Brasileira de Educação Médica*, 32 (4): 298-303, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1.342/91. Diário Oficial da União, 16/04/1991, seção I, p 7.014.

COMISION NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILAR Y COMUNITARIA; MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO; MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA. Programa formativo de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Madrid, 2005. Disponível em: <<http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>> Acesso em 04/11/12.

CREMERJ. Manual do Diretor Técnico. 5ª ed. Org pelo CPEDOC-CREMERJ, Rio de Janeiro, 2006.

CRUZ NETO, O; et al. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais. Ouro Preto. 2002.

FALK, J. W. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* Vol.1 número 01, p.05-10, abril 2004.

FERNANDES, C. L. C.; et al. Oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade: uma estratégia para qualificar a formação em MFC e a assistência em APS. *Rev Bras Med Fam e Com.* Rio de Janeiro: v.3, nº 11, out/dez, 2007.

FERRARI, R. A. P.; et al. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 26, n. 2, p.101-108, jul./dez. 2005.

FEUERWERKER, L. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51-71, 1998. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista3/ensaio4.pdf>> Acesso em 10/09/12.

FEUERWERKER, L. C. M. As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação. In: RIBEIRO, V. M. B. (org) *Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde*. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2011.

GATTI, B. A. Grupos focais na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

GOMES, A. P. et al. A educação médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida. *Rev. Brasileira de Educação Médica*, 32 (1): 105-111, 2008.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Gerência de Saúde Comunitária. Programa de residência médica em medicina de família e comunidade. Porto Alegre, RS. 2010-2011.

GUARDA, F. R. B.; et al. Perfil sociodemográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saúde*; 3(2):17-24, 2012.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enf USP*, v. 35, n. 2, p. 115-21, jun, 2001.

LIMA, J. S. C. A residência médica: articulações entre a prática e o ensino. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2008.

LOPES, J. M. C.; et al. Manual da oficina para capacitar preceptores em medicina de família e comunidade. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (org). OS sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Ed. IMS – UERJ/ABRASCO, Rio de Janeiro, 2001.

MCWHINNEY, I; FREEMAN, T. Manual de medicina de família e comunidade. 3ª ed, Porto Alegre: Artmed, 2010.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde em Debate*, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez 2003.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MISSAKA, H; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica 2007-2009. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 35, n. 3, p. 303-310, 2011.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2): 2133-2144, 2008.

MOREIRA, M. A. Aprendizagem significativa. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1999.

MUCCI, N. E. O início da residência médica no hospital das clínicas da universidade federal de minas gerais. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2011.

NUNES, N. C. R; SOUZA, S. C. Um estudo acerca do professor universitário. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*. 2006, v.1, n 2.

PONTES, A. L. M. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2005.

PUSTAI, O. J. A “ordem” *de-vida* para o médico para o médico pensar o paciente: uma ontologia espinosana de ser humano na medicina. Tese de Doutorado. UFRGS, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre, 2006.

RIBEIRO, V. M. B. (org) Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2011.

REGO, S. As identidades do preceptor: seu papel na formação moral e ética. In: RIBEIRO, V. M. B. (org) Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2011.

REGO, S.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Bioética e humanização como temas transversais na formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32 (4): 482-491; 2008

REGO, S. Reflexão sobre o Processo de Formação Ética dos Médicos. *Cadernos da ABEM*, v. 1: p. 28-29; maio 2004.

REGO, S.; PALACIOS, M.; SCHRAMM, F. R. Ensino da bioética nos cursos de graduação em saúde. In: MARINS, J. J. N. et al (org). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: HUCITEC, 2004.

RIBEIRO, C. Metacognição: um apoio ao processo de aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(1), 109-116, 2003.

SANTOS, A. R. *Metodologia científica: a construção do conhecimento*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

SISSON, M. C. Identidades profissionais na implantação de novas práticas assistenciais. *Rev. Brasileira de Educação Médica*, 33 (1): 116-122; 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Projeto de expansão da residência de em medicina de família e comunidade. SBMFC, 2005. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&PaginaId=33> Acesso em 04/11/12.

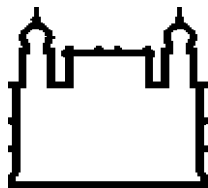
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. SUBPAV. Cobertura da ESF. Disponível em: <<http://subpav.com.br/siab/index.php?admi=aps>> Acesso em 03/11/12.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. SUBPAV. Carteira de serviços: relação de serviços prestados na atenção primária à saúde. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.subpav.org/index.php?p=cart> Acesso em 10/09/13.

TEIXEIRA, D. S. Residência médica em medicina de família e comunidade no rio de janeiro: o lugar do cuidado na estrutura curricular. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, NUTES, Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Saúde. Rio de Janeiro, 2009.

ZEFERINO, A.M.B., et al. Feedback como estratégia de aprendizado no ensino médico. *Rev Bras Educ Med*; 31 (2): 176-179, 2007.

WUILLAUME, S.M. O processo ensino-aprendizagem na residência médica em pediatria: uma análise. Tese de Doutorado. FIOCRUZ, IFF, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher. Rio de Janeiro, 2000.



APÊNDICE 1
Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “Estudo Descritivo dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro, sob o ponto de vista de seus preceptores”

Prezado participante preceptor,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Estudo Descritivo dos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (RMMFC) do Rio de Janeiro, sob o ponto de vista de seus preceptores”, desenvolvida por Maria Alicia Castells, aluna do “Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família” da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), sob orientação do Professor Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos.

O objetivo central do estudo é realizar um estudo descritivo da preceptoria dos programas de residência em medicina de família e comunidade no município do Rio de Janeiro, com foco na percepção do preceptor sobre as suas atribuições. Para tanto, serão realizados grupos focais com a participação de preceptores dos PRMMFC do Rio de Janeiro, e cada participante do grupo preencherá uma ficha com dados pessoais e profissionais, sem identificação do nome. A sua participação – enquanto preceptor destes programas – é muito importante, e consiste no preenchimento da ficha e na presença no grupo focal, discutindo seus pontos de vista com outros colegas preceptores, sobre questões trazidas pela pesquisadora. O tempo de preenchimento da ficha é de cerca de 5 minutos e do grupo focal de aproximadamente 90 minutos.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma

maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. O debate do grupo focal será gravado em áudio e vídeo, posteriormente sendo transcrito, também sem identificação dos participantes e utilizado somente para fins da pesquisa. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. O material será armazenado em local seguro, transcrito em arquivo digital, sendo que somente terão acesso aos mesmos a pesquisadora e seu orientador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP. Os resultados serão divulgados na dissertação de mestrado, em artigos científicos e possíveis discussões com o público participante.

Para evitar possíveis desconfortos ou demasiada interferência no trabalho dos preceptores, o convite e data do grupo serão (foram) realizados com antecedência e solicitou-se por escrito à SMSDC-RJ a liberação dos preceptores para participação na referida atividade. Os benefícios que esperamos como este estudo são: auxiliar na compreensão das atividades de preceptoria dos PRMMFC do município, e apontar possíveis contribuições para a sua melhor organização.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar informações sobre a sua participação e/ou sobre a pesquisa, entrando em contato com a pesquisadora.

Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato com a pesquisadora responsável:

Maria Alicia Castells e-mail: ali_castells@yahoo.com.br

Telefones: (21) 88936356 (21) 25811063

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Eu, _____, RG n° _____ tendo sido devidamente esclarecido(a) sobre os objetivos e condições da minha participação, concordo em participar voluntariamente do projeto de pesquisa descrito acima.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____

Assinatura do preceptor

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP:

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

APÊNDICE 2

ROTEIRO PARA DISCUSSÃO DO GRUPO FOCAL

QUESTÃO GUIA 1: AGENDA, PROCESSO DE TRABALHO E IDENTIDADE DO PRECEPTOR:

- a. Quais as atividades desenvolvidas durante uma semana padrão do preceptor? (atividades de preceptoria? o preceptor faz assistência? Qual a relação que tem com as equipes?)
- b. Como vivencia a tensão entre ser preceptor (professor?) e ser médico? Quais as diferentes estratégias que os preceptores tem para lidar com essa tensão?
- c. Qual a expectativa do preceptor em relação à Coordenação da residência?

QUESTÃO GUIA 2: COMPETÊNCIA PEDAGÓGICA DO PRECEPTOR:

- a. Quais as percepções sobre o processo de ensino-aprendizagem? Quais as estratégias usadas nesse processo (Como é desenvolvida a parte teórica? Como é feita a supervisão? Como desenvolver a questão da autonomia? Como é desenvolvida a questão da avaliação?)
- b. Como se estabelece a comunicação preceptor-residente.

QUESTÃO GUIA 3: COMPETÊNCIA TÉCNICA / PROFISSIONAL DO PRECEPTOR:

Que qualificação técnica o preceptor deve ter? O que precisa saber da especialidade? Como manter a competência técnica?

QUESTÃO GUIA 4: COMPETÊNCIA ÉTICA DO PRECEPTOR (VALORES E ATITUDES):

Como o preceptor aborda/trabalha valores e atitudes a partir de situações prática vividas pelo residente? Utiliza estratégias para abordar essas questões éticas?

ENCERRAMENTO: AVALIAÇÃO DO GRUPO (1 MINUTO POR PARTICIPANTE)

APÊNDICE 3

QUESTIONÁRIO COM DADOS PESSOAIS E PERFIL PROFISSIONAL DO PRECEPTOR

IDADE: _____

SEXO: F M

PRECEPTOR DO PROGRAMA DE QUAL RESIDÊNCIA:

SMSDC-RJ UERJ UFRJ ENSP

GRADUAÇÃO EM MEDICINA:

FORMADO HÁ QUANTOS ANOS? _____ INSTITUIÇÃO FORMADORA: _____

POSSUI RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE? SIM NÃO

CONCLUÍDA HÁ QUANTOS ANOS? _____ INSTITUIÇÃO FORMADORA: _____

POSSUI OUTRA RESIDÊNCIA? SIM NÃO QUAL? _____

TEM TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MFC? SIM NÃO HÁ QUANTOS

ANOS? _____

HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE? (ASSISTÊNCIA) __

HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ATUAL? _____

TEM QUANTO TEMPO DE EXPERIÊNCIA EM PRECEPTORIA MÉDICA? (RESIDÊNCIA MFC): _____

FEZ FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA PRECEPTORIA? SIM NÃO

QUAL? _____ TEMPO DE DURAÇÃO: _____

TEM OUTRA EXPERIÊNCIA EM DOCÊNCIA? SIM NÃO

QUAL? _____ TEMPO DE DURAÇÃO: _____

FAZ PRECEPTORIA DE GRADUANDOS EM MEDICINA? (NO ÚLTIMO ANO): SIM

NÃO

TEM MESTRADO? SIM NÃO EM ANDAMENTO

TEM DOUTORADO? SIM NÃO EM ANDAMENTO

APÊNDICE 4



PREFEITURA
DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Subsecretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e
Vigilância em Saúde.
Superintendência de Atenção Primária
Rua Álvaro de Azevedo, 45E, Sala 801, Cidade Nova, Rio de Janeiro, Cep: 20.211-601
Telefone: 29781538

Ofício S/SUBPAV/SAP n.º 03/2013.

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2013.

Para: Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE LOCAL

Eu, José Carlos Prado Junior, superintendente de Atenção Primária autorizo a pesquisadora Maria Alicia Castells a coletar dados para a pesquisa intitulada "ESTUDO DOS PROGRAMAS DE RESIDENCIA MEDICA EM MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE DO RIO DE JANEIRO: A QUESTÃO DA PRÁTICA DE PRECEPTORIA", após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/ FIOCRUZ.

Atenciosamente,

JOSÉ CARLOS PRADO JUNIOR
Superintendente de Atenção Primária à Saúde
S/SUBPAV/SAP
29781538

José Carlos Prado Junior
Superintendente de Atenção Primária à Saúde

Ofício	09011000
Título	04
Nº	03/2013
DATA	
DIGITADO	ESP/PAV/SAP